

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





*“ João sentou-se na beira da cama.  
O quarto era quadrado. Tinha duas janelas que não se abriam. Um roupeiro. Uma secretária. Um  
cadeirão. Mais duas cadeiras. Duas mesas-de-cabeceira. Uma fotografia dos três filhos, dos netos e  
da mulher já falecida.  
Também havia uma jarra com flores do campo e uma espécie de imagem de um Santo-nada, mas  
que podia ser outra coisa qualquer.  
A interpretação era sua. (...) ”*

*Fernando Correia, 2016*



*Aos meus filhos João Rodrigo e Constança Miguel...*

*E aos meus avós, que estão no céu, que me ensinaram de uma forma sublime a  
amar, a respeitar e a cuidar um idoso...*



## **Agradecimentos**

O presente trabalho nasceu, direta ou indiretamente, do contributo de muitas pessoas, a quem quero expressar o meu agradecimento:

*Um agradecimento muito singular à Professora Doutora Rosa Martins por todo o apoio, orientação e rigor com que pautou este percurso, não querendo esquecer a prontidão e a disponibilidade afetuosa com que sempre me recebeu.*

*A todos os lares que me acolheram e aos idosos institucionalizados que aceitaram participar no estudo, e comigo partilharam o relato sincero das suas vivências, o meu bem-haja.*

*Aos meus colegas da especialidade e aos meus amigos, porque de diferentes formas me ajudaram, me fizeram sentir bem e me apoiaram nesta etapa.*

*À Marisa, minha colega de jornada (desde o jardim de infância!) e minha “mana” de vida, por todas as viagens que fizemos juntas, por não me deixar desistir e por permitir a retribuição do incentivo, para que juntas pudéssemos concretizar este sonho!*

*Aos meus pais, João e Lurdes, aos meus irmãos, Helena e João Carlos, e à nossa maravilhosa família, pelo amor que nos une e nos dá força para encarar todas as adversidades da vida.*

*Ao Tó, por cumprir tão bem a promessa do nosso matrimónio, de me amar e respeitar na saúde e na doença todos os dias da nossa vida! Pelo estímulo, apoio e amor sem fim! A ele e aos nossos filhos, João Rodrigo e Constança Miguel, tudo devo e por eles tudo faço!*

*A Deus que de uma forma quase sempre suigéneres me tem guiado pelas melhores opções ao longo da vida.*

*E a todos os idosos da minha vida!*

Muito obrigada!



## RESUMO

**Enquadramento:** Nas últimas décadas, tem-se assistido a um envelhecimento populacional crescente e a um progressivo aumento da institucionalização dos idosos. A institucionalização representa frequentemente para o idoso uma rutura com o seu passado, levando à perda da sua individualidade e consequentemente a um processo de isolamento que poderá contribuir para níveis elevados de insatisfação com a vida. O Investimento na vida pessoal remete-nos para a valorização e atribuição de objetivos de vida ao ser humano, naquela que é a última etapa da sua vida, em todos os seus atributos e características, inclusive na sua complexa estrutura física, intelectual e espiritual.

**Objetivos:** Avaliar o nível de Investimento na vida pessoal percecionado pelos idosos institucionalizados e analisar a sua relação com as variáveis socio demográficas, clínicas, e psicossociais.

**Métodos:** Trata-se de um estudo não experimental, transversal, descritivo-correlacional e de carácter quantitativo, que foi realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 90 pessoas idosas a residir nas ERPI do concelho de Vila Nova de Paiva. Para a mensuração das variáveis utilizou-se um instrumento de colheita de dados que integra uma secção de caracterização sócio demográfica, e uma secção de caracterização clínico-funcional (índice de Barthel), caracterização familiar (Escala de Apgar Familiar) e situacional, lazer (Índice de Atividades de Lazer), espiritualidade (Escala da Espiritualidade), perceção da vida atual (Escala de Satisfação com a Vida) e futura, e por fim a Escala de Avaliação de Investimento na Vida Pessoal.

**Resultados:** Os dados mostram que a perceção dos idosos sobre o investimento na sua vida pessoal se distribui de uma forma relativamente equitativa por três níveis. Contudo, o maior grupo percentual (37,8%) perceciona o seu investimento como elevado, enquanto 32,2% o entende como baixo e o grupo mais reduzido (30,0%) o considera moderado. A análise por género mostra que os homens tendem a avaliar o investimento de uma forma mais positiva que as mulheres; também os idosos com habilitações académicas superiores ( $p= 0,041$ ) e com maior nível de independência funcional ( $p= 0,037$ ) são os que percecionam um maior investimento na vida pessoal. Constatamos ainda que a família tem um efeito significativo ( $p= 0,020$ ) no nível do investimento na vida do idoso, à semelhança da existência de mais esperança ( $p= 0,002$ ), maior satisfação com a vida ( $p= 0,013$ ) e do desenvolvimento de planos para o futuro ( $p= 0,032$ ).

**Conclusão:** As evidências encontradas neste estudo mostram que há níveis diferenciados de Investimento na vida pessoal entre os idosos. Este Investimento correlaciona-se de forma significativa com diversas variáveis independentes que depois de devidamente identificadas devem ser promovidas para assegurar aos idosos um envelhecimento ativo e com qualidade. As competências atribuídas ao enfermeiro especialista em reabilitação são de uma mais-valia inigualável no desenvolvimento do referido envelhecimento com qualidade, quando inserido numa equipa multidisciplinar, nas Estruturas Residenciais Para Idosos.

**Palavras-chave:** idosos, institucionalização, satisfação com a vida, investimento na vida pessoal.



## ABSTRACT

**Framework:** We have witnessed in the recent decades an increase of the ageing population and also a progressive increase in the institutionalization of the elderly. Institutionalization often represents for the elderly a break with the past, leading to a loss of individuality and consequently to a process of isolation that can contribute to high levels of dissatisfaction with life. Investment in personal life leads us to the concept of the human being valuing and establishing life goals in the last stage of life, in all its attributes and characteristics, including its complex physical, intellectual and spiritual aspects.

**Objectives:** To evaluate the level of Investment in the personal life as perceived by institutionalized elderly and analyze its relation with socio-demographic, clinical and psychosocial variables.

**Methods:** This is a non- experimental, cross-sectional , descriptive correlational and quantitative study, carried out in a non-probabilistic convenience sample consisting of 90 elderly people living in ERPIS in Vila Nova de Paiva county. For the measurement of the variables, it was used a data collection instrument that integrates a socio-demographic characterization section, a section of clinical and functional characterization (Barthel index), family characterization ( Family Apgar Scale) and situational , leisure (Leisure Activities index), spirituality (spirituality of scale), perception of moder life (Satisfaction with life Scale) and future, and finally the Investment Rating Scale in Personal life.

**Results:** The data shows that the perception of the elderly on the investment in their personal life is distributed in an equitable manner over three levels. The largest percentage group (37.8%), however, perceives the investment as high, 32.2 % understands it as low and the smaller group (30.0 % ) considers it moderate. Analysis by gender shows that men tend to evaluate investment in a more positive way than women; also older people with higher academic qualifications ( $p = 0.041$ ) and a higher level of functional independence ( $p = 0.037$ ) are those who perceive greater investment in personal life. We also observe that family has a significant effect ( $p = 0.020$ ) in the level of investment in the life of the elderly, as with those who are more hopeful ( $p = 0.002$ ), have higher life satisfaction ( $p = 0.013$ ) and develop plans for the future ( $p = 0.032$ ).

**Conclusion:** The evidence found in this study shows that there are different levels of investment in the personal life in the elderly. This investment correlates significantly with several independent variables that must be properly identified and promoted to ensure the elderly an active and quality aging. In this sense , attending to competencies of rehabilitation specialist nurse , would be very important the presence of this professional, set in a multidisciplinary team , in Residential Structures For Seniors.

**Keywords:** Elderly, institutionalization, satisfaction with life, investment in personal life.



## ÍNDICE

Lista de Tabelas	15
Lista de Quadros	17
Lista de Figuras	19
Lista de Abreviaturas e Siglas	21
Lista de Símbolos	23
INTRODUÇÃO	25
1ª PARTE – Enquadramento Teórico	29
1 – ENVELHECIMENTO E TENDÊNCIAS DEMOGRÁFICAS	31
2 – O ENVELHECIMENTO COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL	43
2.1. – ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA	44
2.2 – ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO VERSUS ENVELHECIMENTO ATIVO	47
3 – A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA	53
3.1 – O PAPEL DA FAMÍLIA NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA	56
3.2 – A OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA	58
3.3 – A ESPIRITUALIDADE NA VELHICE	62
4 – INVESTIMENTO NA VIDA PESSOAL	65
2ª PARTE – Estudo Empírico	69
5 – MÉTODOS	71
5.1 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	73
5.2 – VARIÁVEIS DE ESTUDO	73
5.3 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	74
5.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	75
5.5 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	82
<b>5.5.1 – Procedimentos estatísticos</b>	<b>83</b>
5.6 – RESULTADOS	85
<b>5.6.1 – Secção I – Caracterização sociodemográfica da amostra</b>	<b>85</b>

5.7 - ANÁLISE INFERENCIAL	110
6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	119
7 – CONCLUSÕES	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
APÊNDICES	145
APÊNDICE I – Pedido de autorização para efetuar a colheita de dados	147
APÊNDICE II – Declaração de Consentimento Informado	155
APÊNDICE III – Instrumento de colheita de dados	159

## LISTA DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e sexo dos idosos	86
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos elementos da Amostra	88
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica da Amostra (continuação)	89
Tabela 4 – Dados sobre níveis de funcionalidade nas ABVD dos Idosos	91
Tabela 5 – Níveis da (In) dependência dos Idosos	92
Tabela 6 – Dados sobre aspetos da Saúde dos Participantes	93
Tabela 7 – Caracterização do contexto familiar dos Participantes	95
Tabela 8 – Distribuição dos idosos pelos níveis de funcionalidade familiar	96
Tabela 9 – Caracterização Institucional dos Participantes	97
Tabela 10 – Opiniões dos Idosos sobre as vivências no Lar	99
Tabela 11 – Frequência das saídas do lar e aspetos que mais desagradam aos Idosos	100
Tabela 12 – Distribuição dos Idosos pelas atividades de lazer	102
Tabela 13 – Percepções sobre aproveitamento dos tempos livres	103
Tabela 14 – Estatísticas descritivas da espiritualidade dos Participantes	104
Tabela 15 – Estatísticas descritivas da satisfação com a vida dos idosos	105
Tabela 16 – Níveis de satisfação dos Idosos	105
Tabela 17 – Percepção dos Idosos sobre o futuro e necessidades	106
Tabela 18 – Distribuição dos Idosos segundo o investimento na vida pessoal	108
Tabela 19 – Estatísticas descritivas do investimento na vida pessoal dos idosos	109
Tabela 20 – Níveis classificativos do investimento dos Idosos	110
Tabela 21 – Associação entre género e Investimento na Vida Pessoal	111
Tabela 22 – Associação entre idade e Investimento na vida Pessoal	111
Tabela 23 – Associação entre estado civil e Investimento na Vida Pessoal	112
Tabela 24 – Associação entre habilitações literárias e Investimento na Vida Pessoal	112
Tabela 25 – Associação entre Satisfação com a reforma e Investimento na vida Pessoal	113
Tabela 26 – Associação entre Independência funcional e Investimento na vida Pessoal	114
Tabela 27 – Associação entre estado de saúde e Investimento na Vida Pessoal	114
Tabela 28 – Associação entre realização de reabilitação e Investimento na Vida Pessoal	115
Tabela 29 – Associação entre funcionalidade familiar e Investimento na Vida Pessoal	115
Tabela 30 – Associação entre iniciativa do internamento e Investimento na vida Pessoal	116
Tabela 31 – Associação entre Residência preferida e Investimento na Vida Pessoal	116
Tabela 32 – Regressão múltipla entre espiritualidade e Investimento na Vida Pessoal	117
Tabela 33 – Associação entre satisfação com a vida e Investimento na Vida Pessoal	118



## LISTA DE QUADROS

	<b>Pág.</b>
Quadro 1 – Projeções da população, Portugal 2060 - cenário central	31
Quadro 2 – Projeções demográficas em percentagem	32
Quadro 3 – Resumo Estrutural do Questionário	76
Quadro 4 – Pontos de corte do Índice de Barthel	77



## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1 – Pirâmide Etária, Portugal, 2013 (estimativas) 2016 e 2035 (projeções, cenário central)	33
Figura 2 – Fatores Determinantes do Processo de Envelhecimento	38
Figura 3 – Modelo conceptual da relação entre as variáveis.	72



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diárias

*Apud* – "junto a"

cf. – conforme

cit. – citado

CV – Coeficiente de Variação

DGS – Direção Geral da Saúde

Dp – Desvio-padrão

EAIVP – Escala de Avaliação de Investimento na Vida Pessoal

EPF – Escala Apgar Familiar

EPS – Exame Periodico de Saúde

ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos

*et al.* – e outros

Fem. – Feminino

INE – Instituto Nacional de Estatística

K – Kurtosis

K/erro – Kurtosis/ error (assimetria)

K/S – Kurtosis/Skewness

K-W – Teste de Kruskall-Wallis

M – Média

Md – Mediana

Masc. – Masculino

Máx. – Máximo

Min. – Mínimo

MQ – Média Quadrada

N – Frequência Absoluta

N.º / n.º – número

n.s. – não significativo

O.M. – Ordenação média

OMS – Organização Mundial da Saúde

p – Nível de significância

p. – página

QDV – Qualidade de vida

R – Correlação

$R^2$  – Coeficiente de Determinação

SAD – Serviço Apoio no Domicilio

Sic. – “Assim, tal e qual”

SPSS – Statistical Package for the Social Science

Sk/erro – Skewness/error (assimetria)

SWLS – Satisfaction with Life Scale

WC – "water closet"

WHO – World Health Organisation

## LISTA DE SIMBOLOS

% – Percentagem / Percentuais

< – Menor que

<= – Menor ou igual

= – Igual

> – Maior que

>= – Maior ou igual

± – Mais ou menos

$\chi^2$  – Qui-quadrado

$\bar{X}$  – Média

€ - Euro



## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional assume-se hoje como uma realidade, especialmente nos países desenvolvidos, devido ao aumento da esperança média de vida das populações, para o qual colaboram os avanços científicos e tecnológicos inerentes à medicina e também devido ao facto de cada vez nascerem menos crianças por forma a equilibrar a pirâmide demográfica.

Como refere Almeida (2008), a sociedade revela-se pouco preparada para enfrentar as mudanças que uma população envelhecida apresenta. Assim, é frequente ouvir falar em situações que revelam a difícil resposta à nova realidade do envelhecimento demográfico: 1) Dificuldade ao nível dos sistemas de saúde no que concerne ao suporte dos encargos relacionados com uma população cada vez mais envelhecida e conseqüentemente mais necessitada de cuidados; 2) Maior acumulação de doenças crónicas, pelo facto de os idosos viverem mais tempo; 3) A ameaça à viabilidade financeira dos sistemas de segurança social no que diz respeito ao pagamento das reformas, uma vez que existem cada vez menos contribuintes.

Ao nível individual, no seu processo de envelhecimento, o idoso enfrenta novas necessidades e particulares desafios, quer de índole biológica e funcional, quer psicológica ou social. São muitas vezes estes constrangimentos que levam a que seja necessária a sua institucionalização, sobretudo quando a família não tem a capacidade necessária para lidar com esta realidade.

No contexto da institucionalização, torna-se importante garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas também qualidade de vida e satisfação pessoal. Para que tal seja possível, é necessário avaliar e compreender as necessidades globais dos idosos institucionalizados e sensibilizar os profissionais para a identificação e controlo das mesmas. Contudo, é igualmente fundamental capacitar os idosos para que sejam eles próprios pró-ativos do seu processo de envelhecimento.

Ter objetivos de vida é um dos aspetos mencionados por diferentes perspetivas e teorias como parte do constructo de bem-estar e satisfação. Na perspetiva do ciclo vital é, inclusivamente, analisada a importância das mudanças nos objetivos e propósitos que o indivíduo tem ao longo da sua vida. Os objetivos de vida e o investimento na vida pessoal, no sentido de conseguir algo novo ou no sentido de se manter algo, são encontrados como possíveis fatores de resiliência (Afonso, 2012).

Neste trabalho será feita uma revisão da literatura sobre a institucionalização de idosos, começando por definir envelhecimento e traçando os vários tipos de envelhecimento, nomeadamente o físico, o psicológico e o social. Será ainda feita uma abordagem sobre o tema da institucionalização e o modo como os idosos vivenciam esta fase de vida, indicando os prós e os contras, o que fazem e o que gostavam de fazer, o que têm e o que gostavam de ter, o que mantêm e o que lhes resta. Valoriza-se neste trabalho a relação e a funcionalidade familiar, o modo como os idosos experimentam o seu tempo de vida e o que a espiritualidade lhes representa.

O facto de lidar com esta realidade no meu quotidiano profissional leva-me a considerar pertinente o desenvolvimento de estudos que remetam para a prática de cuidados à pessoa idosa institucionalizada e que procurem compreender, de modo integrativo, como é que o enfermeiro, o residente e restantes atores desenvolvem o processo de cuidados.

O aumento da longevidade vem muitas vezes acompanhado por limitações físicas e incapacidades que frequentemente estão associadas a situações suscetíveis de serem prevenidas. É fundamental refletir sobre os cuidados que prestamos a este grupo etário e, neste contexto, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação é um elemento privilegiado na melhoria da função, na promoção da independência e na máxima satisfação da pessoa, no sentido de preservar a autoestima do idoso (Fernandes, 2015).

Face aos pressupostos descritos, consideramos que o presente estudo se reveste de particular importância no sentido de compreender o nível de investimento na vida pessoal percebido pelos idosos institucionalizados nas Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), no sentido de promover a implementação de medidas de reabilitação no favorecimento da qualidade de vida dos idosos.

Foi este enquadramento que deu suporte ao estudo que intitulámos de “Investimento na Vida Pessoal da pessoa idosa institucionalizada”, ganhando sentido as seguintes questões de investigação:

- Em que medida as variáveis sócio demográficas influenciam o investimento na vida pessoal da pessoa idosa institucionalizada?
- As condições clínico-funcionais relacionam-se com um maior investimento na vida pessoal pelos idosos?
- Qual a importância da relação familiar para o aumento do investimento na vida pessoal do idoso?
- Em que medida os idosos institucionalizados que ocupam o seu tempo com atividades de lazer terão mais investimento na vida pessoal?
- Qual o impacto da espiritualidade no nível de investimento na vida pessoal da pessoa idosa institucionalizada?

- Até que ponto um idoso com maior satisfação com a vida investe mais na sua vida pessoal?

Para a concretização desta investigação foi realizado um estudo observacional com corte transversal, utilizando uma metodologia quantitativa, não experimental e com recurso à análise descritivo–correlacional. A recolha da informação foi efetuada através de um instrumento de colheita de dados que integra um questionário elaborado pelos autores do estudo e de cinco escalas já validadas e testadas para a população portuguesa.

O presente estudo encontra-se organizado em sete capítulos, estruturados de acordo com aspetos considerados fulcrais para a compreensão dos mesmos.

A primeira parte é constituída por quatro capítulos onde é apresentado o enquadramento teórico pertinente para o estudo, fazendo uma incursão pela literatura científica nacional e internacional, permitindo desta forma contextualizar o problema em estudo, bem como sustentar as hipóteses teóricas.

A segunda parte corresponde ao estudo empírico, onde são abordados os métodos seguidos na condução da investigação, é mencionada a conceptualização da problemática em estudo, caracterizados os participantes, os procedimentos e o respetivo instrumento para a colheita de dados. Os resultados e a discussão dos mesmos são descritos no terceiro e quarto capítulo, finalizando o presente documento com a apresentação das conclusões, limitações e as dificuldades sentidas ao longo do trabalho.

Para tal, algumas ideias funcionam como motores principais da pesquisa, podendo citar-se palavras-chave como: idoso, institucionalização, satisfação com a vida, investimento na vida pessoal.



## **1ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1 – ENVELHECIMENTO E TENDÊNCIAS DEMOGRÁFICAS

É sabido que a população portuguesa está muito mais envelhecida do que no passado não muito distante e que as perspectivas futuras são de um *continuum* deste envelhecimento demográfico (Rosa, 2012).

Nas últimas décadas do século passado verificou-se um incremento, de forma exponencial e sem interrupção, do número de idosos, que fez com que as sociedades mais desenvolvidas se transformassem em sociedades envelhecidas. Portugal não é exceção e verifica-se que, atualmente é uma sociedade envelhecida, existindo mais idosos do que jovens. A ciência demográfica tem bem identificadas as causas do processo de envelhecimento: uma conjugação de fatores como a redução da mortalidade e a redução da fecundidade, assim como a grande emigração portuguesa verificada nas décadas de 1960 e 1970 (Cabral, Ferreira, Silva, & Jerónimo 2013).

A relação entre o número de idosos e jovens traduziu-se, em 2010, num índice de envelhecimento de 118 idosos por cada 100 jovens (112 em 2006). O índice de dependência é um indicador relevante para o domínio dos cuidados aos idosos e Portugal apresentava, em 2009, uma das maiores taxas de dependência na União Europeia, com um valor de 26,3%, só ultrapassado pela Itália, Grécia e Suécia, com o valor de 30,6% e pela Alemanha com o valor de 30,9%, sendo a média comunitária de 25,6%. Em menos de 15 anos, o índice de dependência passou em Portugal de 22% para acima de 26% (Chau, Soares, Carvalho, & Sacadura, 2012).

O Instituto Nacional de Estatística (INE) publicou em 2010 um documento denominado “Projeções de População residente em Portugal: 2008-2060” onde foram traçados os cenários demográficos até ao ano de 2050. Neste documento pode-se verificar a projeção da evolução do envelhecimento em Portugal, traduzido nos seguintes quadros:

Quadro 1 – Projeções da população, Portugal 2060- cenário central

<b>Grupo populacional/Ano</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2020</b>	<b>2030</b>	<b>2040</b>	<b>2050</b>
15+Anos	9 025 171	8 989 068	9 331 052	9 534 828	9 544 218	9 397 885
15-64Anos	7 115 660	6 966 564	7 101 513	6 899 739	6 465 062	5 982 350
65-79Anos	1 432 063	2 022 504	1 598 627	1 879 975	2 128 201	2 251 967
Mulheres+ 65	807 253	1 173 316	884 261	1 025 215	1 142 348	1 194 790
80 + Anos	477 448		630 912	755 114	950 955	1 163 568
Mulheres + 80	312 252		406 150	478 990	590 852	710 703
% + 65 Anos	18,0%	19,2%	20,6%	24,2%	28,3%	32,0%

Fonte: Censos 2011 e INE, 2010 *cit por* Chau, *et al*, 2012, p.41

Segundo o quadro 1, a população com mais de 15 anos irá crescer até 2040 mas a população ativa vai diminuir em 2020. Já a população com mais de 65 deve aumentar de 19% em 2011 para 32% em 2050. A população com mais de 80 anos vai ultrapassar em 2040 a fasquia de 1 milhão.

Quadro 2 Projeções demográficas em percentagem

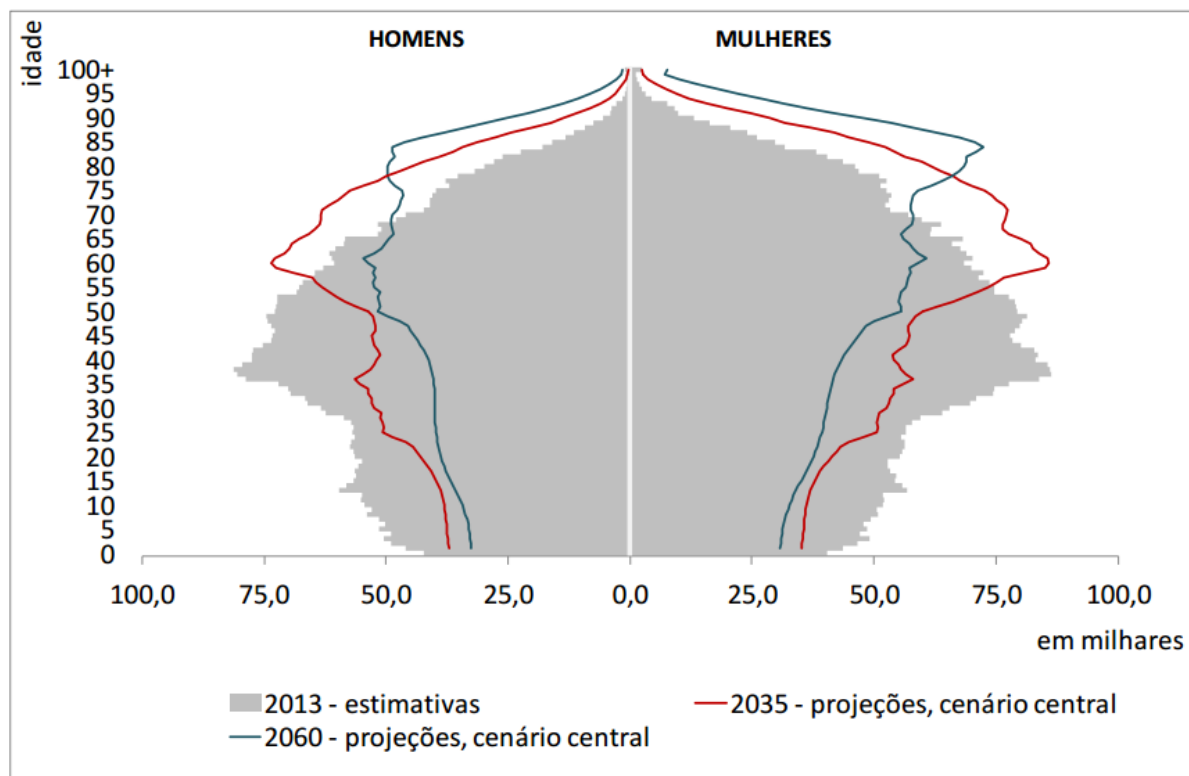
<b>Grupo populacional/Ano</b>	<b>2020</b>	<b>2030</b>	<b>2040</b>	<b>2050</b>
0 -14 Anos	13,8%	12,5%	12,2%	12,1%
16 – 64 Anos	65,6%	63,3%	59,5%	56,0%
65 – 79 Anos	14,8%	17,3%	19,6%	21,1%
+ 80 Anos	5,8%	6,9%	8,7%	10,9%
+ 65 Anos	20,6%	24,2%	28,3%	32,0%

Fonte: INE, 2010, *cit por* Chau, *et al*, 2012, p.42

Ao longo do período em que a projeção é feita, o peso da população jovem vai diminuindo, passando de 14,9% em 2011 para 13,8% em 2020 e 12,1% em 2050. O peso da população ativa deve passar de 65,9% em 2011 para 59,5% em 2040 e 56,0% em 2050. A população idosa, no seu total, aumenta de forma progressiva de 19,2% em 2011 para 32,0% em 2050. Por fim, e de acordo com as projeções realizadas, o peso da população com mais de 80 anos de idade poderá passar de 4,5% em 2010 para 5,8% em 2020 e 10,9% em 2050.

De acordo com os principais Indicadores da Saúde Para Portugal, 2010-2014 (DGS, 2016) a esperança média de vida à nascença situa-se em 80,24 anos para ambos os sexos, sendo de 77,16 anos para os homens e de 83,03 anos para as mulheres. Deste modo, presenciamos um retrato geral de uma sociedade envelhecida maioritariamente feminina, como podemos ver através da figura1.

Figura 1 - Pirâmide Etária, Portugal, 2013 (estimativas) 2016 e 2035 (projeções, cenário central)



Fonte: INE, 2014, p.5

De referir que até uma determinada época, todas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos eram consideradas idosas. Porém, hoje em dia existem pressupostos diversos em relação à categorização dos diferentes grupos etários no último ciclo de vida. Assim, as pessoas com uma idade compreendida entre 65 e 74 anos podem ser classificadas como Idoso jovem, entre 75 e 100 anos de idoso mais velho, e acima de 100 anos são considerados centenários. Alguns autores ainda incluem uma quarta categoria, a dos idosos intermediários, entre 75 e 84 anos de idade, abreviando o grupo dos idosos mais velhos para uma faixa entre 85 e 100 anos (Eliopoulos, 2010).

Este envelhecimento populacional acarreta novas necessidades e novos desafios, e de acordo com Oliveira (2010) estas consequências demográficas refletem-se a vários níveis.

Assim, a nível social, estamos por um lado, perante a intergeracionalidade familiar com um ou mais idosos entre as famílias, essencialmente mulheres, mas também com, cada vez mais idosos a viverem em instituições; a nível de saúde, defrontamo-nos com a exigência de mais serviços de saúde, maiores gastos em medicação e tratamentos, maior ocupação de camas hospitalares, aumento de transtornos mentais na população, aumento de suicídios e o problema da eutanásia; a nível económico, há cada vez maior número de pessoas a receberem as reformas, menos receitas para os cofres do estado e mais estruturas residências para idosos.

Este autor descreve ainda as consequências a nível político (como um maior número de votos nos partidos conservadores), a nível cultural (Universidades de terceira Idade, maior tempo e lazer, etc.), e a nível da ciência teórica e aplicada (gerontologia, geriatria, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e enfermeiros especializados nesta idade, etc.).

O facto de se viver mais tempo, nem sempre significa existir qualidade de vida, uma vez que a realidade é que o envelhecimento populacional traz novos problemas ao nível individual, social e económico, nomeadamente custos relacionados com a saúde, inerentes ao processo de envelhecimento, que são incomportáveis se não se desenvolverem medidas proactivas de forma a promover um bom envelhecimento.

Face ao cenário do envelhecimento demográfico, as sociedades devem dar uma dimensão humana ao envelhecimento e à velhice.

### *Mas afinal o que é o envelhecimento?*

Quando nos referimos ao envelhecimento devemos apontar para, pelo menos, dois conceitos diferentes: o envelhecimento coletivo, conceito mais recente (com aproximadamente dois séculos de existência) e o envelhecimento individual, que remonta a tempos imemoriais. No envelhecimento individual, podem distinguir-se duas situações: o envelhecimento cronológico e o envelhecimento biopsicológico (Rosa, 2012).

O envelhecimento cronológico é um processo universal, progressivo e inevitável. Todos os organismos vivos possuem um tempo limitado de vida, sofrendo mudanças ao nível fisiológico, onde os seres humanos não são exceção. A vida de um organismo, normativamente, está dividida em três grandes períodos: a fase de crescimento e desenvolvimento, a fase reprodutiva e por fim o envelhecimento. No primeiro período de vida, dá-se o crescimento dos órgãos vitais para a vida, bem como o desenvolvimento e o ganho das capacidades funcionais que tornam o organismo em questão capaz de se reproduzir. O período seguinte é representado pela capacidade que o indivíduo tem em se reproduzir, garantindo assim a sobrevivência, sucesso e evolução da própria espécie. Por último, o

período do envelhecimento é caracterizado pelo declínio da capacidade funcional do organismo (Cancela, 2007).

O envelhecimento biopsicossocial assume-se como um reflexo do envelhecimento cronológico, sendo diferente deste, menos linear e não fixo em termos de idade já que é vivido por cada pessoa de forma individual. Remete para múltiplas trajetórias de vida e, no aspeto coletivo sofre a influência de fatores socioculturais como acesso à educação, aos cuidados em saúde, à alimentação, ao lazer e a uma rede de relações estáveis (Rosa, 2012).

A mesma ideia é corroborada por Rodrigues (2012), ao afirmar que as alterações evidenciadas variam muito de pessoa para pessoa, tendo em conta o modo como viveram anteriormente. Aspetos como os vícios, a alimentação, o sítio onde mora e as pessoas com quem convive podem alterar ou desenvolver aspetos biológicos diferentes entre pessoas. É, portanto, importante saber quais são as modificações normais que são decorrentes do processo de envelhecimento, de modo a que não haja confusões com estados de saúde derivadas de outros estádios da vida.

Na literatura gerontológica, envelhecer é considerada uma situação progressiva e multifatorial, e a velhice uma experiência heterogénea, experienciada com mais ou menos qualidade de vida e potencialmente bem-sucedida (Lima, Silva & Galhardoni, 2008).

Na verdade ninguém sabe ao certo quando localizar o início das marcas mais significativas desse envelhecimento, uma vez que existem diversos fatores que contribuem para o envelhecimento, sendo que este está muito dependente do contexto social e histórico envolvente (Rosa, 2012).

Envelhecer é um processo muito individual, demonstrado pelas diferenças existentes entre pessoas com as mesmas idades, e este processo varia não somente entre pessoas, mas também nos diferentes sistemas do organismo de um mesmo indivíduo (Eliopoulos, 2010).

De acordo com Fontaine (2000) são várias as formas deste envelhecer individual, distinguindo-se com relativa facilidade a idade biológica, idade psicológica e idade social:

- Idade Biológica: está relacionada com o envelhecimento fisiológico e orgânico. O organismo sofre modificações, nomeadamente nos órgãos vitais, que levam ao seu declínio durante a vida, diminuindo também a sua capacidade de autorregulação.
- Idade Psicológica: é relativa as competências comportamentais que o indivíduo possui de forma a responder às mudanças ocorridas no seu contexto. Estas competências incluem a memória, motivação e inteligência.
- Idade Social: diz respeito ao papel, estatutos e às práticas do indivíduo, relativamente aos outros membros da sua sociedade. A idade social é especialmente influenciada pelo aspeto cultural e histórico de um país.

De acordo com Spirduso, Francis e MacRae (2005, *cit por Martins, 2012*), o envelhecimento é um processo ou um conjunto de processos, independentes dos ritmos biológicos diários ou sazonais e de qualquer outra alteração temporária, que ocorrem nos seres vivos que com o passar do tempo, originam a perda da adaptabilidade, a incapacidade funcional, levando à morte. Os mesmos autores consideram a existência de dois tipos de envelhecimento, o envelhecimento primário e o envelhecimento secundário, que são descritos seguidamente:

- Envelhecimento Primário: este tipo de envelhecimento manifesta as alterações universais, ou seja as alterações transversais a toda a população, que ocorrem devido a idade cronológica, sendo que são independentes da ocorrência de doenças ou de influências de envolvimento. É um processo orgânico e biológico com especial interesse para as áreas da biologia e da genética.
- Envelhecimento Secundário: é referente aos sintomas clínicos, ou seja, à síndrome do envelhecimento propriamente dito, incluindo os efeitos do envolvimento e da doença. Este envelhecimento corresponde às alterações relacionadas com a idade mas causadas por fatores que podem ser evitados, tais como a alimentação inadequada, falta de atividade física e a exposição a elementos aditivos (como por exemplo o tabaco e o álcool). Pode-se dizer então que este tipo de envelhecimento corresponde à interação entre o desenvolvimento das diferentes doenças e o envelhecimento primário (Spirduso, Francis, & MacRae, 2005, *cit por Martins, 2012*).

Apesar de as causas destes dois tipos de envelhecimento serem diferentes, estes não são independentes um do outro, surgem interagindo e influenciando um ao outro. A doença e o envolvimento podem afetar em grande escala o envelhecimento primário, acelerando-o. Já o envelhecimento primário faz com que as pessoas estejam mais vulneráveis a alterações do ambiente e à existência de doença (Spirduso, Francis, & MacRae, 2005, *cit por Martins, 2012*). Alguns autores designam também a senescência como envelhecimento primário e a senilidade como envelhecimento secundário. Para Fernandes (2000) torna-se evidente que o envelhecimento não é uma doença: vive-se, logo envelhece-se.

De acordo com Mailloux- Poirier (1995, p.103), são várias as teorias biológicas que tentam explicar o processo de envelhecimento, as quais se passam a apresentar:

- Teoria Imunitária: o envelhecimento é o resultado da formação de anticorpos que atacam as células saudáveis do organismo por parte do sistema imunitário.
- Teoria Genética: o envelhecimento é encarado como sendo um processo contínuo em consequência da degradação da informação genética à formação das proteínas que constituem as células.
- Teoria do Erro na Síntese Proteica: o envelhecimento é o resultado da morte celular, isto é, ocorrem alterações na molécula de ADN, alterações estas que levam à alteração da informação genética, formando assim proteínas que não conseguem exercer as suas funções.
- Teoria do Desgaste: a morte ocorre, porque os organismos não são capazes de se renovar constantemente, acumulando danos ao longo da vida.
- Teoria dos Radicais Livres: os radicais livres durante o processo do envelhecimento provocam a peroxidação dos lípidos não saturados, transformando-os em substâncias que vão envelhecer e enfraquecer as células. Esta teoria pertence às designadas teorias catastróficas do envelhecimento nas quais os fenómenos surgem ao acaso e têm um impacto prejudicial sobre o organismo.
- Teoria Neuroendócrina: a regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuroendócrinas.

Como já foi referido o envelhecimento é um processo biológico inevitável, inerente a todos os seres humanos e é caracterizado pelo declínio das funções biológicas e fisiológicas.

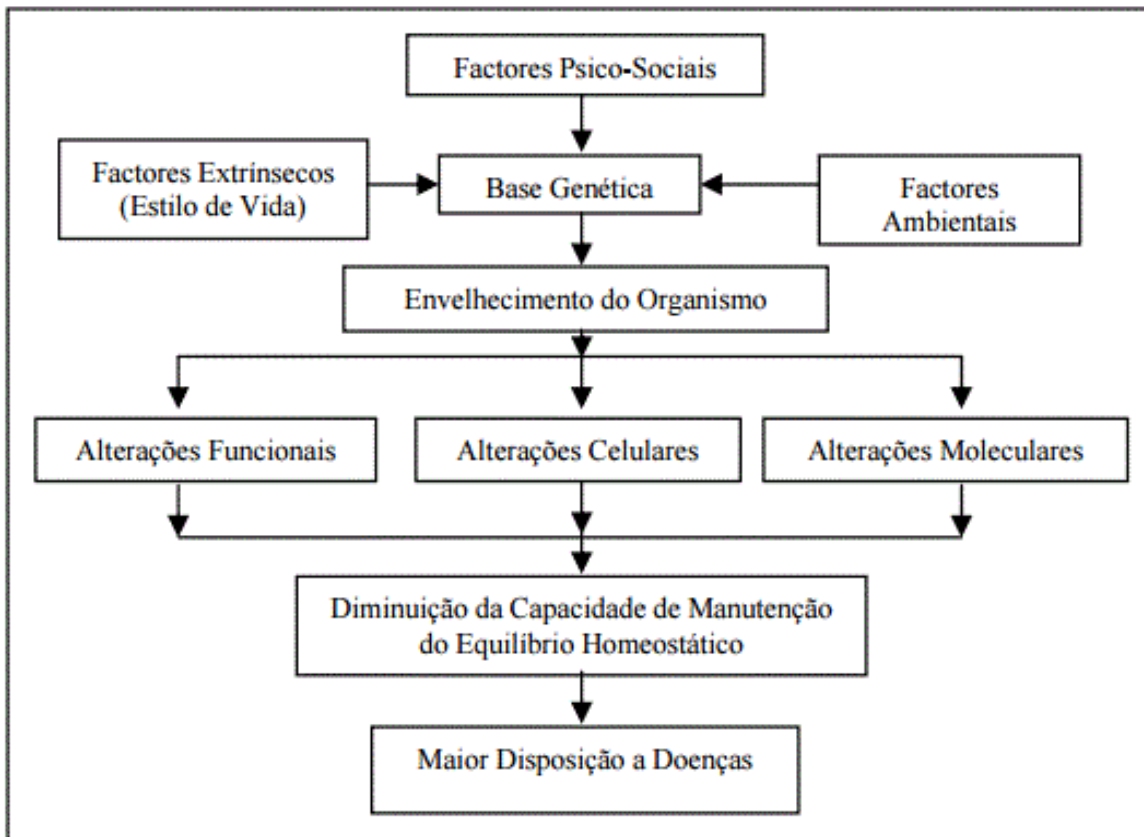
Para Rodrigues (2012) as principais alterações biológicas a ter em conta no processo de envelhecimento são: a senescência, o envelhecimento diferencial e o aparecimento das principais alterações fisiológicas.

Com o processo de envelhecimento existem várias alterações ao nível celular. Robert (1995) refere que atualmente nada permite pensar que todas as células do organismo sofram o mesmo destino ao longo do envelhecimento.

O organismo envelhece como um todo, enquanto os seus órgãos, tecidos celulares e estruturas sub-celulares têm envelhecimentos diferenciados (Cancela, 2008).

De acordo com Neto, Kein e Brito (2006, *cit* por Almeida, 2008) as modificações nos órgãos dão-se essencialmente ao nível celular básico. O número de células vai diminuindo, pelo que existem menos células funcionais no organismo, havendo, no entanto, um conjunto de fatores que intervêm em todo este processo, como podemos observar na figura 2.

Figura 2 – Fatores Determinantes do Processo de Envelhecimento



Fonte: Neto, Kein, & Brito (2006, cit por Almeida, 2008, p.59)

De acordo com Gomes (1991, cit por Amaro, 2013, p.10) as **alterações biológicas** que ocorrem no processo de envelhecimento são as seguintes:

- Alteração do sabor e do olfato quanto à sensibilidade, ficando esta diminuída;
- Diminuição da sensibilidade à dor e à vibração;
- Aumento da suscetibilidade às variações de temperatura;
- Aumento dos sintomas ao nível do aparelho gastrointestinal;
- Deterioração e perda de dentes;
- Perda ou embranquecimento do cabelo;
- Diminuição do tónus e atrofia muscular;
- Alterações esqueléticas associadas à osteoporose;
- Diminuição da função renal;
- Redução do rendimento cardíaco;
- A perda da elasticidade do tecido cognitivo;
- O Sistema Nervoso Central perde neurónios;
- Diminuição da taxa do metabolismo basal;
- Diminuição da acuidade visual;

- Redução da acuidade auditiva, especificamente em relação a altas frequências.

Contudo, falar do processo de envelhecimento não é só falar de alterações ao nível biológico e físico. Neste sentido, Mailloux-Poirier (1995, p.105) descreve as teorias do envelhecimento psicossocial:

- Teoria da atividade – Um idoso deve manter-se ativo a fim de: obter na vida, a maior satisfação possível; manter a sua autoestima e conservar a sua saúde. A velhice bem-sucedida implica a descoberta de novos papéis;
- Teoria da desinserção – O envelhecimento acompanha-se de uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo;
- Teoria da continuidade – O idoso mantém a continuidade nos seus hábitos de vida, nas suas preferências, experiências e compromissos, fazendo estes parte da sua personalidade.

Para Fernandes (2000), existem um sem número de **alterações ao nível psicológico** que são resultantes do avançar da idade, sendo estas muito diversas e com consequências muito sentidas na qualidade de vida dos idosos. Raramente, os problemas psicológicos relacionados com este processo natural de envelhecimento são causados pela diminuição das capacidades cognitivas, mas sim, causados por situações de *stress*, pela dificuldade de adaptação a novas realidades, à existência de doença física ou devido a perdas de papéis sociais.

São inúmeras as alterações psicológicas a ter em consideração que as pessoas sofrem devido ao processo de envelhecimento, tal como indica Rodrigues (2012, p.43):

- Certo declínio na manifestação da afetividade, dos interesses, das ações, das emoções e dos desejos;
- Prejuízo da memória de fixação, como por exemplo, esquecer nomes de pessoas, coisas, ou mesmo onde colocou determinados objetos;
- Acentuação das características da personalidade que tenham existido na juventude tendem a exacerbar-se, como por exemplo: rigidez, egocentrismo, desconfiança, irritabilidade, avareza, dogmatismo, autoritarismo, entre outras;
- Dificuldade na assimilação ou mesmo aversão a ideias, coisas ou situações novas;
- Maior apego aos valores já conhecidos e convencionados, aos costumes e às normas já instituídas;
- Depressão/alteração do humor.

É preciso chamar a atenção que estas manifestações podem-se tornar com o tempo patológicas evoluindo para graves patologias e impedindo assim o idoso de viver a sua vida de maneira independente, sendo os seus principais aspetos de risco (Rodrigues, 2012, p.44):

- Deterioração gradual dos processos sensoriais;
- Solidão e/ou depressão;
- Risco de suicídio;
- Doenças mentais degenerativas (por exemplo: Alzheimer);
- Baixa autoestima;
- Violência (em casa ou na rua): física, psicológica, financeira;
- Negligência de cuidados.

Tendo em conta as alterações psicológicas normais relacionadas com o processo de envelhecimento, o ser humano pode envelhecer bem, dependendo da maneira como encara este processo tão natural, tendo em conta que o equilíbrio entre o envelhecimento psicológico e físico é importante para melhorar a qualidade de vida e as relações interpessoais.

Importa também falar nas **alterações sociais** decorrentes do envelhecimento. As limitações que os idosos enfrentam ao nível social relacionam-se com as barreiras e obstáculos impostos pela sociedade. Os papéis sociais dos idosos são desvalorizados e muito reduzidos, condicionando assim o seu estatuto social (Pimentel, 2001). A sociedade, especialmente a ocidental, é marcada por representações negativas da velhice, originando limitações em termos de oportunidades e também limitações socioeconómicas. Assim, a velhice torna-se num período que é difícil para a maior parte das pessoas mesmo que o idoso tenha condições individuais favoráveis.

Ao nível da influência que o ambiente social pode ter na qualidade de vida de uma pessoa, este é de facto real, sendo que o isolamento social é consistentemente reportado como tendo um impacto negativo na saúde e bem-estar, existindo uma crescente evidência dos efeitos do mesmo nos idosos. Regista-se que o isolamento e a ausência de relações sociais são fatores de perda de comportamentos suicidas (Chau, *et al*, 2012).

Quando considerados os dados sociodemográficos (tais como género, idade, estado civil e profissão anterior) verifica-se que as relações sociais assumem um papel preponderante na qualidade de vida e na forma como a pessoa idosa se sente no geral, por exemplo, os indivíduos casados são tendencialmente mais felizes que os não casados, divorciados ou viúvos (Bierman, Fazio, & Milkie, 2006; Demo & Acok, 1996; Pinquart, 2003, *cit* por Fonseca, 2011). A existência de redes sociais na vida do indivíduo idoso é uma condição fulcral para assegurar a autonomia, um autoconceito positivo e uma maior satisfação de vida.

Contudo, Pinquart e Sorensen (2000, *cit* por Fonseca, 2011) constataram que apesar da real importância da existência de relações sociais, a qualidade das mesmas sobrepõem-se à quantidade, constatação esta suportada pelo estreitamento do círculo de relações significativas verificadas por Lang (2001, *cit* por Fonseca, 2011), no processo de envelhecimento. De realçar que a interação com amigos encontra-se positivamente correlacionada com o bem-estar emocional.

Ainda relativamente às influências que afetam a qualidade de vida, existem os acontecimentos de vida. De acordo com Davies (1996, *cit* por Rabelo & Neri, 2005) trata-se de uma situação específica que ocorre num determinado tempo e espaço na história de vida do indivíduo, diferenciando-se da exposição quer a “problemas crónicos” quer a “contrariedades do dia-a-dia”. Tanto podem ser de génese externa como interna ao indivíduo, sendo assim importante ter atenção aos efeitos diferenciais relativos ao bem-estar psicológico, resultantes da exposição a acontecimentos de vida positivos e negativos, independentemente da origem. De notar que acontecimentos de vida específicos como a viuvez tendem a agravar o isolamento social e a aumentar a solidão. De facto, para além da viuvez, a auto perceção de saúde como fraca ou muito fraca, assim como danos cognitivos e *distress* psicológico, com especial ênfase nesta última variável, são capazes de predizer a solidão em si. Deste modo, torna-se necessário a intervenção ao nível social e psicológico de forma a prevenir consequências não desejáveis (Paúl & Ribeiro, 2009).

Os processos biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento são inter-relacionados e interdependentes. Com frequência, a perda de um papel social afeta o sentimento de finalidade de um indivíduo, acelerando o declínio físico. Por sua vez, a perceção de insatisfação com a sua própria saúde leva ao isolamento social, e surge o autoconceito de enfraquecido. Assim, é importante relativizar todas as teorias de envelhecimento ao atender o idoso individualmente (Eliopoulos, 2010).



## 2 – O ENVELHECIMENTO COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL

O mundo social é constituído por relações subjetivas protagonizadas pelo indivíduo como realidades objetivas. O resultado dessa relação apreendida como objetiva é a institucionalização das práticas sociais capazes de se poderem transmitir às gerações seguintes para a sua continuidade (Berger & Luckmann, 2010). O envelhecimento e a velhice, como qualquer outro conceito, é a manifestação da construção que se produz nos sistemas sociais.

Como já foi referido anteriormente, o envelhecimento é um processo fisiológico natural, no entanto, é possível encontrar diferenças na influência do tempo em cada pessoa.

O Homem dos nossos dias recusa a ideia do envelhecimento e tudo o que o acompanha: perda de mobilidade física, do tónus muscular, défices ao nível da audição, visão e várias doenças crónicas já que, tendo em conta o ritmo de vida contemporâneo, existe uma grande preocupação com a preservação da liberdade individual, da independência cognitiva e física e também a conservação da autonomia social e moral (Nunes, 2011).

Em suma todos querem envelhecer com dignidade e com o máximo de autonomia, negando a existência de doenças debilitantes, recusando o uso de medicação contínua para diversos tipos de doenças que requer continuidade, já que esta realidade gera dependência, sendo algo que nenhum idoso quer (Nunes, 2011).

Como refere Zimmerman (2000) a velhice ocupa um lugar marginalizado na existência humana uma vez que os seus potenciais reprodutivos, evolutivos e produtivos já foram realizados, perdendo assim o seu valor social, pois como deixa de gerar riqueza, o indivíduo perde o seu valor simbólico. Socialmente, a pessoa idosa é exposta a um processo caracterizado por rejeições e perdas. Devido a tal realidade o idoso tem a tendência em se isolar devido então a vários fatores sociais como são as perdas diversas, os lutos constantes, a reforma e a diminuição dos contatos sociais voluntários e involuntários.

Devido ao idoso ter poucas ocupações sociais, e ser menos solicitado pela família e amigos faz com que este desenvolva um sentimento de improdutividade e inutilidade sem que lhe seja reconhecido qualquer poder decisório.

Esta ideia é também apoiada por Silva (2008), visto que o termo “velho” é normalmente associado a sinais de decadência física e incapacidade produtiva, sendo muitas vezes utilizada como forma de tratamento pejorativo. Porém, nem sempre a palavra velho foi

carregada de uma intenção negativa. Até ao século XX, o termo velhice não tinha pares, e os termos velhote ou velho serviam para referir pessoas com um certo *status* social e sabedoria. As aceções pejorativas e depreciativas destas palavras surgiram com o desenvolvimento do capitalismo, que associaram as idades mais avançadas a imagens relacionadas com a incapacidade para trabalhar.

No entanto, nem todas as concepções sociais sobre o envelhecimento são negativas e hoje em dia começa-se a encarar como sendo uma fase de novas oportunidades. O envelhecimento pode ser considerado, então, como sendo um processo onde se acumula uma maior habilidade para a realização de novos planos de vida (Luz & Amatuzzi, 2008). O envelhecimento envolve assim inúmeras oportunidades para se adquirir novos conhecimentos. De facto, hoje em dia é mais comum encontrar idosos saudáveis e ativos na nossa sociedade, tornando assim muito importantes os estudos que vão contra a ideia de velhice como sendo uma fase marcada pela inatividade e pela valorização dos recursos encontrados para a construção de um envelhecimento positivo.

Nesta fase devem ser destacadas as habilidades de adaptação que as pessoas com mais de cinquenta e nove anos apresentam para reformularem a sua vida e traçar novos planos a partir da sua situação (Luz & Amatuzzi, 2008).

O período de velhice sendo cada vez mais prolongado, põe em causa o papel passivo que a sociedade tem atribuído a estes indivíduos. O papel de idoso na sociedade tem de ser repensado, pois não é concebível que as pessoas encarem cerca de um quarto da sua vida como um vazio de perspetivas (Pimentel, 2001).

## 2.1. – ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

De acordo com a conceptualização da Organização Mundial de Saúde (OMS) a **Qualidade de Vida (QDV)** é definida de uma forma abrangente, como “*na individual’s perception of his or her position in life in the contexto of the culture and value system where they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept, incorporating in a complex way a person’s physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and relationship to salient features in the environment*” (WHO Group, 2002, p.13).

Na perspetiva da OMS, a QDV inclui “a perceção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Chau, *et al*, 2012).

Envelhecer bem é um processo heterogêneo e diferenciado, na medida em que cada um(a) vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é portador(a) de vivências e projetos de vida idiossincráticos. Os especialistas argumentam que a qualidade de vida, na ótica do bem-estar ou da satisfação com a vida, inclui um alargado espectro de áreas da vida e vários domínios como, a saúde, o trabalho, a família, a qualidade da habitação, a vizinhança e a economia (Chau, *et al*, 2012).

Passível de associar à qualidade de vida está assim, o conceito de **Satisfação com a Vida**. Também este tema tem sido amplamente discutido e pesquisado desde o início deste século. Determinada pela realização das necessidades, desejos e vontades, é uma situação ou um resultado de uma comparação entre as próprias expectativas (o que quer) e os pertences de um real (o que tem agora). A satisfação com a vida depende de avaliações cognitivas e subjetivas. Por outras palavras, a satisfação baseia-se num critério próprio sobre a vida (Joia & Ruiz, 2013).

A satisfação com a vida não se define como a ausência de saúde ou de incapacidade, mas incorpora também a satisfação das necessidades sociais e psicológicas (Neugarten *et al.*, 1961 *cit por* Enkvist, Ekstrom, & Elmstahl, 2012).

Enquanto a “satisfação com a vida” se refere à avaliação cognitiva que o indivíduo faz relativamente à satisfação ou não das necessidades atrás referidas, a conceção de “bem-estar” confere uma maior ênfase à experiência de vida subjetiva do indivíduo. Por sua vez, o conceito de qualidade de vida engloba ambos estes constructos (Enkvist, Ekstrom, & Elmstahl, 2012).

De referir que a qualidade de vida diminuída é associada a muitos fatores inerentes às fases finais da vida, que podem incluir a existência de doenças crónicas, restrição da atividade física, dificuldades cognitivas, assim como perturbações mentais (Scogin, *et al*, 2011).

A qualidade de vida é muitas vezes afetada pelo estado de saúde dos idosos, sendo por sua vez este afetado pelo processo de envelhecimento.

Difícilmente um envelhecimento com qualidade não implicará a autonomia do idoso, considerando o grau de funcionalidade. De forma abrangente, o conceito de autonomia define-se pela capacidade de auto-percecionada do indivíduo em controlar, lidar com variadas situações do quotidiano, assim como tomar decisões sobre a sua vida respeitando as suas próprias regras e preferência (OMS, 2002 *cit por* Sequeira 2010). O oposto da autonomia, a dependência, tem habitualmente como origem o declínio funcional como consequência do surgimento de uma patologia ou acidente. Assim, considera-se o grau de vida independente que o indivíduo possui, pode influenciar fortemente a qualidade de vida que o idoso possui.

Baseado na psicologia do desenvolvimento do ciclo de vida e relacionado com a questão da autonomia, uma outra variável a ter em consideração ao abordar o envelhecimento e a sua influência na qualidade de vida, é o da competência adaptativa. Trata-se de uma capacidade que o indivíduo possui ou não, em fazer uso dos seus conhecimentos e experiência para melhor responder a situações desencadeadoras de *stress*, de importância não só para a gestão do quotidiano, mas também para a resolução de problemas assim como de planejar o seu futuro (Baltes & Carstensen, 1996; Baltes, Satudinger & Lindenberger, 1999, *cit por* Fonseca, 2011).

A idade e a co-morbilidade de patologias e diminuições de competências podem condicionar a autonomia do indivíduo, contudo, estas não se traduzem obrigatoriamente num impacto negativo na qualidade de vida percebida (Rothermud & Brandtstadter, 2003). A ativação de mecanismos compensatórios para com a perda de competências derivadas quer do envelhecimento quer de patologias e um sentido positivo de bem-estar é possível (Smith, Borchelt, Maier, & Jopp, 2002).

Outro fator que muita influência tem na qualidade de vida de um idoso são os sentidos. Falar dos sentidos implica falar do fenómeno da percepção, definida por Lieury (1990, *cit por* Fontaine, 2000) como sendo “o conjunto dos mecanismos cuja função geral é a recolha de informações no ambiente ou no próprio organismo”. Existe, contudo, a distinção entre percepção e sensação, sendo esta última responsável pela captação dos sinais exteriores do meio ambiente, e transformando-os em influxos nervosos. Com o envelhecimento, e as modificações associadas a este processo, a captação e transformação de sinais exteriores e a sua interpretação pode sofrer alterações. É possível encontrar uma grande variedade de desempenho ao nível das competências sensoriais nos idosos, sendo possível afirmar que algumas resistem ao passar do tempo e outras não.

Dentro dos sentidos, aqueles mais afetados são a visão e audição, podendo-se destacar o forte efeito que a idade tem nestes sentidos. Ao nível da audição, é de registo o número crescente de indivíduos portadores de próteses auditivas, devido não só à degenerescência do aparelho auditivo mas também às dificuldades auditivas, nomeadamente a presbiacusia (diminuição da percepção de sons puros). De acordo com a literatura, (Corso, 1984, *cit por* Fontaine, 2000), já desde os 40 anos que é possível verificar uma declínio das competências auditivas, sendo um realidade mais frequente nos homens que nas mulheres, muito provavelmente devido a condições de vida de trabalho e ambientais ruidosas.

No que diz respeito à visão, assim como a audição, pode não ser só fortemente afetada com o envelhecimento. De fato, de forma similar, já a partir dos 40 anos que existem declínios, sendo contudo diferentes dos registados a partir dos 60 anos, uma vez que a partir da quarta

década de vida é mais afetada a focagem e nitidez da imagem, enquanto a partir dos 60 anos existe a probabilidade de aparecerem pontos cegos na imagem assim como a degenerescência que conduz a perda de percepção de cor.

O **bem-estar psicológico** e como este é afetado com a satisfação com a vida, ou seja, como a pessoa idosa se sente no geral, é uma outra dimensão a ter em consideração quando se fala da qualidade de vida na população idosa.

Em primeiro lugar, deve ser feita a distinção entre bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico, uma vez que apesar da aparente semelhança, referem-se a realidades diferentes na sua génese (Novo, 2003, *cit por* Fonseca 2006). Relativamente ao bem-estar subjetivo, este pode ser compreendido à luz de dois grandes conceitos, o da felicidade e de satisfação de vida (Christopher, 1999, *cit por* Fonseca, 2006). A “felicidade” é tida como o resultado de uma avaliação pessoal e orientada afetivamente para o bem-estar, sendo só possível aquando da sobreposição dos “afetos positivos” sobre os “afetos negativos”. No que concerne à “satisfação com a vida”, este é um conceito heterogéneo e diversificado, variando do ponto de vista cultural, do que significa para cada indivíduo, relacionando-se ainda com a educação e os objetivos de vida, alcançado ou não.

O modelo do bem-estar psicológico assenta no pressuposto de multidimensionalidade. A primeira dimensão diz respeito à “autonomia” caracterizada por valências como o locus de controlo interno, autodeterminação e também a regulação interna do comportamento. Uma outra, “relações positivas com os outros”, refere-se à qualidade das relações interpessoais assim como a sentimentos de afeto e empatia. O “domínio do meio” (competência para a escolha de ambientes adaptados à sua condição física), a “aceitação de si mesmo”, ou seja a manutenção de atitudes positivas para consigo são outras das dimensões que compõe este modelo. Por fim os “objetivos de vida” (ter objetivos e um sentido para a vida) e “crescimento pessoal” (competência do indivíduo para desenvolver o seu potencial de crescimento como ser humano) finalizam as dimensões do funcionamento psicológico positivo inerente a um bem-estar psicológico positivo (Ryff, 1989; Ryff & Essex, 1991, *cit por* Fonseca 2006).

De referir que a qualidade de vida diminuída é associada a muitos fatores inerentes a fases finais de vida, que podem incluir condições próprias de doenças crónicas, restrição de atividade, dificuldades cognitivas, assim como perturbações mentais (Scogin, *et al*, 2011).

## 2.2 – ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO VERSUS ENVELHECIMENTO ATIVO

Um dos temas mais falados na área da gerontologia, tendo atingindo muita importância no âmbito dos meios de comunicação, serviços, textos e pesquisas é o **Envelhecimento bem-**

**sucedido.** Os dados da literatura sugerem que a experiência do envelhecimento bem-sucedido valoriza a percepção dos próprios idosos, protagonistas de intervenções e dotados de julgamentos sobre bem-estar e qualidade de vida (Silva, Lima, & Galhardoni, 2010).

Neste campo de estudo admite-se que o tempo cronológico deve ser acompanhado de uma vida ativa, sendo que esta necessidade deve ser identificada como sendo o resultado da união de esforços entre e produção científica, a tecnologia e práticas de atenção à saúde dos idosos. Preferencialmente o envelhecimento deve ocorrer com qualidade, mantendo a autonomia das pessoas de forma a preservar a capacidade e a oportunidade para que esta população continue a participar ativamente na sociedade, minimizando assim o risco de exclusão social.

O envelhecimento bem-sucedido está associado a uma mudança já que este conceito considera que a velhice e o envelhecimento não são sinónimos de inatividade, inutilidade ou doenças. Este conceito está ligado a uma noção de que a pessoa apresenta um potencial para o desenvolvimento que não termina quando se inicia o processo de envelhecimento, resgatando assim aspetos positivos da velhice (Albuquerque, 2005).

A teoria de envelhecimento bem-sucedido olha para o idoso como sendo proactivo, definindo os seus objetivos e dispondo de recursos que lhe permitam adaptar-se às mudanças decorrentes da idade. Como tal, não há uma única forma de envelhecer com sucesso, mas existem diferentes caminhos e diferentes formas de os percorrer, podendo diferentes pessoas alcançar a mesma satisfação de vida e um sucesso idêntico (Ferreira, 2009).

Intimamente ligado com o Envelhecimento Bem-sucedido aparece o conceito de **Envelhecimento Saudável**.

A OMS, no seu Relatório Mundial de Envelhecimento de Saúde (2015) define e distingue dois importantes conceitos que devem ser tidos em consideração quando se pretende enquadrar a saúde e a funcionalidade do idoso. O primeiro diz respeito à capacidade intrínseca, que corresponde a todas as capacidades físicas e mentais que o indivíduo tem à sua disposição para ser um apoio em qualquer altura. O outro conceito a ter em consideração é o ambiente onde o idoso vive e interage. Estes ambientes fornecem um leque de barreiras ou de recursos que irão influenciar se as pessoas com determinado nível de competências são capazes de executar as tarefas que consideram mais importantes para a sua autonomia e bem-estar.

A combinação entre os indivíduos e os seus ambientes é a chamada a capacidade funcional, definida como sendo os atributos relacionados a saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que valorizam e precisam fazer.

Surge, assim o conceito de Envelhecimento Saudável, definido como sendo o processo de desenvolvimento de manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada.

O Envelhecimento Saudável não é, então um nível ou limiar específico do funcionamento ou da saúde. É sim, um processo que permanece relevante a cada adulto maior, uma vez que a sua experiência de Envelhecimento Saudável pode sempre se tornar mais ou menos positiva. Por exemplo, a trajetória do Envelhecimento Saudável de pessoas com demência ou doença cardíaca avançada pode melhorar se houver acesso a cuidados de saúde que otimizem a sua capacidade e se viverem num ambiente de apoio (OMS, 2015). Para Fernandes (2000) um idoso saudável evita perder-se em recordações ou quimeras, continuando a extasiar-se e a maravilhar-se.

Em 2002, a OMS introduziu o conceito de **Envelhecimento Ativo**, definindo-o como sendo o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem, devendo ser promovido quer ao nível individual quer ao nível de grupo.

Este modelo de envelhecimento ativo é sustentado por três importantes pilares que são determinantes para o envelhecimento ativo: saúde, segurança e participação social (Ribeiro & Paul, 2011).

Ferreira (2009) refere que o envelhecimento ativo destina-se à população em geral para que as pessoas compreendam o seu potencial para o seu bem-estar físico, social e mental, proporcionando assim a participação ativa dos idosos nas questões sociais sejam elas de origem económica ou cultural, tendo como intuito o aumento da esperança de uma vida saudável e de qualidade.

Óscar e Paúl (2011) definem envelhecimento ativo como sendo um processo de otimização para a saúde, participação e segurança com o principal intuito de aumentar a qualidade de vida dos idosos durante o envelhecimento. Para estes autores o envelhecimento ativo implica, além da qualidade de vida, a autonomia, a independência e uma expectativa de vida positiva dos idosos.

Em Portugal, a promoção do envelhecimento ativo, bem como a adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas e a promoção do desenvolvimento de ambientes capacitadores, constituíam as estratégias de intervenção do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, programa este emitido em 2006 pela Direção Geral de Saúde (DGS), tendo sido elaborado com o aval científico da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.

Este programa estabelece três grandes estratégias de intervenção nas áreas do envelhecimento ativo, da organização e prestação de cuidados de saúde e da promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, estabelecendo recomendações para a ação que têm em conta a idade, as especificidades do género, a cultura e a estimulação da participação das pessoas idosas no sistema (DGS, 2006, p.17):

1. Promover um envelhecimento ativo, informando as pessoas idosas sobre:

- Atividade física moderada e regular e as melhores formas de a praticar;
- Estimulação das funções cognitivas;
- Gestão do ritmo sono-vigília;
- Nutrição, hidratação, alimentação e eliminação;
- Manutenção de um envelhecimento ativo, nomeadamente na fase de reforma.

2. Adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas, identificando:

- Os determinantes da saúde da população idosa;
- As dificuldades mais frequentes no acesso da população idosa aos serviços e cuidados de saúde;

2.1- Rastrear os critérios de fragilidade, através do Exame Periódico de Saúde (EPS), informando a população idosa e as famílias sobre:

- A utilização correta dos recursos necessários à saúde;
- A abordagem das situações mais frequentes de dependência, nomeadamente por défices motores, sensoriais, cognitivos, ambientais e sociofamiliares;
- A abordagem das situações demenciais, nomeadamente da doença de Alzheimer, assim como sobre a prevenção da depressão e do luto patológico;
- Abordagem da incontinência;
- Promoção e recuperação da saúde oral;
- Prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação;
- Prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência;

2.2 – Orientar tecnicamente os prestadores de cuidados sobre:

- Tipos e adequação de ajudas técnicas;

- Abordagem da patologia incapacitante mais frequente nas pessoas idosas, nomeadamente fraturas, incontinência, perturbações do sono, perturbações ligadas à sexualidade, perturbações da memória, demências, nomeadamente doença de Alzheimer, doença de Parkinson, problemas auditivos, visuais, de comunicação e da fala;

### 2.3 – Melhoria da acessibilidade à informação sobre medicamentos;

- Adequação da prescrição medicamentosa às pessoas idosas;
- Abordagem da fase final de vida;
- Abordagem do luto;
- Programação, organização, prestação e avaliação de cuidados de saúde no domicílio;
- Abordagem multidisciplinar e intersectorial da saúde e da independência das pessoas idosas.

### 3. Promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores, informando as pessoas idosas sobre:

- Deteção e eliminação de barreiras arquitetónicas, assim como sobre tecnologias e serviços disponíveis favorecedores da sua segurança e independência, como, por exemplo, o serviço de telealarme;
- Prevenção de acidentes domésticos e de lazer;
- Utilização, em segurança, dos transportes rodoviários;

#### 3.1- Orientar tecnicamente os prestadores de cuidados sobre:

- Prevenção de acidentes domésticos, de lazer e rodoviários;
- Deteção e encaminhamento de casos de violência, abuso ou negligência em pessoas idosas.



### 3 – A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

*“ (...) Por estarem reformados? Por terem dado muito do dinheiro que ganharam aos filhos? Por terem criado, educado, instruído esses mesmos filhos que, agora, os enjeitam? Por serem incômodos em casa? Por ser um alívio projetá-los naquela nova realidade do “lar” que tem belíssimas condições, com assistência médica, enfermagem, boa alimentação, jardim, localização que permite visitas temporárias, higiene, conforto, televisão e grades nas janelas? (...) ”*

*Fernando Correia, 2016*

No contexto das transformações económicas, os modos de solidariedade no seio da família alteraram-se, as relações de poder entre as gerações inverteram-se e grande parte dos cuidados tradicionalmente prestados no seio da família foram remetidos para instituições e profissionais especializados. A constituição da velhice como problema social levou, num primeiro momento, à criação de sistemas de reforma, com o objetivo de garantir aos trabalhadores uma certa segurança económica, quando a sua força de trabalho deixasse de ser “vendável”. Contudo, a expansão do salariado e o próprio prolongamento da esperança de vida tornaram este tipo de resposta insuficiente, revelando-se uma outra dimensão problemática do envelhecimento: a falta de integração social e o isolamento experimentados pelos “reformados”. Assistiu-se, então, ao desenvolvimento de políticas de serviços e equipamentos oficialmente destinadas a promover a inclusão social dos mais velhos, surgindo as Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI) (Silva, 2014).

Considera-se ERPI, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. Destina -se essencialmente à habitação de pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência. Apresentam como objetivos proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; e potenciar a integração social (Portaria n.º 67/2012).

A institucionalização do idoso em ERPI é um fenómeno ao nível social cada vez mais verificado, sugerindo assim que estes têm tempo para antever a mudança de contexto de

forma a se integrarem mais facilmente na instituição em causa. As pessoas vivem mais tempo, e apesar de alguns dos idosos não serem dependentes ou possuírem doenças, a verdade é que a idade avançada tem como consequência a progressiva perda da autonomia, o que faz com que muitos deles tenham a necessidade de ter ajuda de terceiras pessoas de forma a satisfazer as suas necessidades básicas (Martins, 2006).

Às estruturas residenciais cabe prestar um conjunto de atividades e serviços, designadamente:

- a) Alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas;
- b) Cuidados de higiene pessoal;
- c) Tratamento de roupa;
- d) Higiene dos espaços;
- e) Atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;
- f) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- g) Cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde;
- h) Administração de fármacos, quando prescritos (Portaria n.º 67/2012).

Apesar de a estas instituições estar imputada humana e legalmente o reconhecimento do valor incomensurável da dignidade da pessoa humana, e da imposição da preocupação permanente do auxílio dos idosos, alguns autores, como é o caso de Hall (1997, *cit* por Amaro, 2013) defendem que a institucionalização de um idoso só deve ser tida em consideração quando estamos perante casos de extrema dependência, que não tenham outra forma de resolução.

Hall (1997, *cit* por Amaro, 2013) afirma ainda que as instituições para idosos apresentam, para estes, muitos prejuízos e desvantagens, e apresenta como principais desvantagens a perda de autonomia, da autoestima, da independência, a incapacidade de dominar por si só certas circunstâncias físicas, emocionais e económicas negativas. Outra desvantagem associada à institucionalização é a diminuição da qualidade de vida devido, à perda de privacidade, às regras e regimes instauradas na própria instituição, à infantilização do idoso, à falta de significado nas suas interações sociais, à perda do contacto com o mundo exterior, e, por fim, ao ambiente impessoal muitas vezes vivido, tratando o idoso com alguma frequência como parte de um todo e não como um indivíduo.

De acordo com Creutzberg, Gonçalves, e Sobottka (2008 *cit por*, Bentes, Pedroso, & Maciel, 2012) a entrada de um idoso numa instituição exige um grande esforço de adaptação devido ao grande número de sentimentos que estão em causa, produzindo um certo distanciamento e estranheza, que faz com que este pense em solidão, abandono e conformismo assim como na segurança e apoio que vão ser sentidos, e na partilha de rotinas com outros utentes.

Quando ingressa numa instituição, o idoso vai-se tornar membro de um grupo que, normalmente, foi privado dos seus projetos e ambições por se encontrar afastado da sua casa, da sua família, dos amigos e das suas rotinas que construíram a sua história de vida. As perdas são portanto muitas, justificando assim uma grande incidência de estados depressivos, sentimentos de solidão e limitações na vida ativa (Bentes, Pedroso, & Maciel, 2012).

A institucionalização é um momento muito marcante na vida da pessoa, pois pode mudar de forma radical a sua vida na medida que pode significar a perda do contacto com a sociedade e com a família (Pimental, 2001). No entanto, para muitos a institucionalização é uma boa alternativa, perspetivando que os idosos se sintam mais protegidos e estáveis, sabendo que têm apoio a qualquer hora e circunstância.

Para Fernandes (2000) os serviços institucionais representam um recurso importante para os idosos, tendo em conta a perda de autonomia e o estado de saúde geral. Uma vez institucionalizado, importa sim, evitar todos os fatores negativos da institucionalização. De relembrar que a institucionalização é muitas vezes a solução escolhida pelo próprio idoso e pode em determinadas circunstâncias de vida representar o acesso a novas amizades, principalmente a idosos incapacitados ou mesmo em situação de isolamento social, que se viam já privados do contacto com os outros.

Como foi dito anteriormente, a institucionalização geralmente influencia a autoestima do idoso, que faz com que haja alterações visíveis na sua identidade, fazendo com que o idoso perca o seu sentido de pertença a algo, ou, pode ser vista como sendo uma oportunidade de novas interações sociais que permitam a aquisição de novos papéis sociais.

Tendo em conta estas razões existe a necessidade em desenvolver respostas sociais adequadas às realidades e especificidades verificadas, sendo necessário que vários agentes sociais se envolvam nestas respostas. Torna-se necessário portanto criar estruturas e equipamentos que vão de encontro às necessidades dos idosos, respeitando a sua personalidade, individualidade e a sua forma de encarar a vida, para que a institucionalização se torne menos difícil e angustiante (Pimental, 2001). É premente consciencializar os familiares e as redes institucionais para os reais estados emocionais da pessoa idosa à entrada na instituição, esperando que se promova, de parte a parte, um melhor

acompanhamento de uma situação que lhe é simultaneamente nova e estranha (Cardão, 2009).

### 3.1 – O PAPEL DA FAMÍLIA NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

*" (...) A Laura morreu, pegaram em mim e puseram-me no lar com dois sacos de roupa e um álbum de fotografias. Foi o que fizeram. Depois, nessa mesma tarde, levaram o álbum porque achavam que ia servir apenas para que eu cultivasse a dor de perder a minha mulher. Depois, ainda nessa mesma tarde, trouxeram uma imagem da Nossa Senhora de Fátima e disseram que, com o tempo, eu haveria de ganhar um credo religioso, aprenderia a rezar e salvaria assim a minha alma. E um médico respondeu, a verdade é que ficam mais calmos (...) "*

*Valter Hugo Mãe (2010)*

Tendo em conta os desafios familiares que as sociedades contemporâneas encontram, no que diz respeito do conciliar das funções tradicionais, de educadora das crianças e cuidadora dos mais velhos, as instituições para idosos adquirem cada vez mais, uma grande importância. Se antigamente as instituições para idosos se destinavam a idosos muito dependentes, nos dias de hoje, numa sociedade marcada pelo envelhecimento, as instituições cuidam dos idosos que precisam de cuidados a múltiplos níveis devido a perdas funcionais que tornam problemática a vida a sós ou com a família (Ferreira, 2009).

Efetivamente, hoje, as famílias estão em contínua evolução e em profundas transformações ou mesmo, segundo alguns autores, em grave crise (Oliveira, 2010).

Assim sendo, atendendo à dita sociedade "civilizada" o recurso ao lar é na maior parte das vezes uma consequência e não uma opção. A competitividade laboral, a necessidade de manter um rendimento adequado, o que leva os elementos ativos do agregado familiar a efetuar horários alargados, frequentemente longe do local de residência leva com frequência à indisponibilidade para os idosos tornando o seu espaço no seio da família cada vez menor (Sequeira, 2010). Também Martins, Santos e Andrade, (2015) apontam os desajustes familiares como as principais causas que conduzem o idoso ao internamento e conseqüente isolamento.

Oliveira (2010) refere-se à problemática crucial dos idosos na sociedade atual, e em particular na família, como sendo hoje, mais cadente, não só pela percentagem cada vez maior de velhos em comparação com outras faixas etárias, mas também por uma menor solidariedade intergeracional e consecutivo abandono a que podem ser votados.

Os filhos têm o dever de cuidar dos pais fornecendo-lhe ajuda material e socioafetiva. No entanto, os filhos e os familiares mais próximos dos idosos, para além de todas as dificuldades já referidas, estão, de uma forma geral, pouco preparados para lidar de melhor forma com as necessidades globais dos anciãos, principalmente quando estes perdem total ou parcialmente a autonomia e a independência.

Se o amor e a dedicação é o melhor atributo educativo, a preparação e o apoio social também são indispensáveis (Oliveira, 2012).

O recurso à institucionalização é a única forma de oferecer apoio, garantindo níveis de bem-estar favoráveis a uma inclusão socioeconómica e influenciar, deste modo, a qualidade de vida dos idosos que vivem sós ou que as famílias não têm condições de os manter nas suas casas. Se até ao século passado os idosos viviam a sua velhice em casa, no seio familiar, hoje em dia deparamo-nos cada vez mais com o envelhecimento fora de casa, perdendo a ligação com as gerações mais novas, deixando de poder exercer o seu legado (Ferreira, 2009).

A qualidade de vida dos idosos institucionalizados, além do acolhimento na instituição, depende também do convívio de pessoas próximas, através de amigos ou familiares, de forma a evitar o estado de solidão ou isolamento que muitos vivem pelo afastamento destes elementos significativos. São de suma importância as ligações afetivas próximas (Carvalho e Dias, 2011).

Para Carvalho e Dias (2011), existe uma forte ligação entre o ambiente familiar e o processo de adaptação à instituição, sendo o primeiro determinante na integração bem-sucedida do idoso.

As famílias representam um papel fulcral em todos os estádios do ciclo de vida familiar, e assim sendo, são tão importantes no fim da vida como nos estádios prévios. Também para Martins, Santos e Andrade (2015) a família continua a assumir uma importante posição no suporte social da pessoa idosa.

Não devemos, contudo esquecer que há muitas espécies de famílias, mais ou menos sadias ou doentias, pacíficas ou conflituosas, mais ou menos unidas ou desunidas, rígidas ou flexíveis, felizes ou infelizes e mesmo deprimidas. Conforme o tipo de família, assim o apoio ou abandono, alegria ou sofrimento que proporcionam aos velhos (Oliveira, 2010).

De realçar que este suporte social pode ser dado não só pela família mas também por amigos. Vários estudos indicam que frequentemente os idosos, particularmente os não casados, sentem-se melhor e mais satisfeitos na presença de amigos do que na companhia dos próprios familiares. Com os amigos partilham mais tempo, podem ser mais ajudados e recordam mutuamente memórias do passado. Até porque muitas vezes os amigos mais

íntimos provêm da infância e, quando vão morrendo, os idosos têm dificuldade em substituí-los (Oliveira, 2012).

Para a integração do idoso na instituição, é fundamental fomentar as relações com o exterior, com a família e os amigos. É importante que o idoso saiba que se preocupam com ele e desenvolver relações que evitem o isolamento social e a solidão (Carvalho & Dias, 2011).

### 3.2 – A OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

*“Há uma idade na vida em que os anos passam demasiado depressa e os dias são uma eternidade”*

*Virgínia Wolf*

A prática e o desenvolvimento de atividades de lazer, além de contribuir para um melhor estado de espírito dos cidadãos, pode, no caso dos mais velhos, amenizar os efeitos decorrentes do processo de envelhecimento. Contudo, os idosos parecem não atribuir ao lazer grande importância para as suas vidas e, quando isto não é vivenciado, as causas prendem-se com a falta de condições e/ou oportunidades. Mas é através de atividades espontâneas e naturais que podemos perceber a relação entre o indivíduo e o lazer, bem como a influência deste na autorrealização e na melhoria da qualidade de vida (Martins, 2010).

Visto que os idosos passam muito tempo nas instituições é necessário que se desenvolvam atividades de lazer que promovam não apenas divertimento, mas também a sua autonomia e independência, de forma a manterem as suas capacidades ou prevenirem a degradação das mesmas. Devem ser providenciadas formas de ocupação dos tempos livres para promover a alegria e o sentimento de propósito nos idosos ao encarar a velhice como oportunidade de desenvolvimento e satisfação contínuos, em vez de um período de vida depressivo e sem sentido.

Segundo Carneiro (2012) manter os hábitos de leitura, ir ao cinema e manter outras atividades culturais ajudam a manter as funções cognitivas e intelectuais conservadas, pelo que as instituições devem promover estas atividades. Diversos autores descrevem ainda, que os aspetos que mais devem ser estimulados junto dos idosos institucionalizados prendem-se com atividades que estimulem a atividade física e a motricidade já que é possível prevenir ou retardar os efeitos do processo do envelhecimento no que respeita ao declínio da flexibilidade, da habilidade e da coordenação motora.

Na maior parte das instituições de idosos, o sedentarismo é um fator marcante que contribui para que a pessoa se torne dependente mais cedo, criando, dessa forma, um ciclo vicioso: o idoso tende a tornar-se menos ativo, por conseguinte, as suas capacidades físicas diminuem, desencadeando o sentimento de velhice que, por sua vez, pode causar stress, depressão e levar a uma redução da atividade física e à aparição de doenças crónicas degenerativas que, por si só contribuem para o envelhecimento (Cader et al, 2006, cit por Cruz, 2012).

De acordo com Scoss e Salviana (2013) os idosos devem ser incentivados e orientados para caminhos que permitam adotar estilos de vida saudável, privilegiando a atividade física de forma a combater o sedentarismo e também promover a autonomia. Como referem as autoras a atividade física funciona como um fator de prevenção e de proteção de várias doenças tais como doenças pulmonares, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, diabetes tipo 2, obesidade, osteoporose, entre outras. O exercício físico vai aumentar a capacidade de oxigenação do organismo, possibilitando um aumento da capacidade funcional, na qualidade de vida, diminuindo o risco de situações graves, reduzindo assim os internamentos hospitalares. As autoras referem ainda a importância da atividade física informal, em que as principais atividades são caminhar, andar de bicicleta, usar escadas normais e dançar.

Também para Dias (2014), o exercício físico é identificado como uma forma eficaz e de baixo custo de prevenir/reduzir o declínio funcional associado ao envelhecimento, com implicações no desempenho das atividades básicas de vida diárias, que quando limitadas constituem uma das principais problemáticas do envelhecimento, pois acarretam elevados custos sociais, familiares e económicos. Manter uma atividade física de forma regular permite também às pessoas, atingir determinados objetivos, promovendo assim o envelhecimento ativo. Assim, Araújo (2011) refere que os principais objetivos do exercício físico são a manutenção ou aumento da resistência, equilíbrio e flexibilidade e a força muscular. Como objetivos psíquicos identifica a melhoria das capacidades percetivas, cognitivas e de coordenação e por fim, como fins sociais considera o incremento das capacidades comunicativas.

De igual modo, Carvalho e Mota (2012) salientam que a prática de exercício físico neste escalão etário é possível e importante, e acrescentam a importância de que um programa de exercício físico deve ser prescrito de acordo com as características, necessidades, objetivos, nível inicial, estado de saúde e de condição física dos idosos.

São várias as atividades que podem ser desenvolvidas pelos idosos, individualmente ou em grupo, e que nos casos das instituições são muitas vezes descuradas da sua

importância, apesar da simplicidade e da facilidade com que poderiam ser envolvidos na dinâmica organizacional. Cabe aos cuidadores proporcionar oportunidades para que o idoso se movimente mais vezes e durante mais tempo, para que possa, de uma forma saudável vivenciar a sua velhice.

Ribeiro e Paúl (2011) apresentam algumas das atividades recomendadas que devem ir de encontro ao agrado da pessoa idosa, e enumeram:

- 1- Ginástica, ao permitir desenvolver atividade física e trabalhar a consciencialização do corpo, e quando praticada de forma regular favorece uma postura corporal equilibrada. Tem como principais objetivos: Redescobrir o corpo; Melhorar elementos de aptidão física; Melhorar a mobilidade articular; Aumentar a capacidade do sistema cardiorrespiratório; Contribuir para a manutenção do desempenho cognitivo; Melhorar a qualidade do sono; Possibilitar a socialização e integração; Melhorar a autoimagem e a autoestima;
- 2- Dança, sendo a mais antiga de todas as artes, para além de potenciar a execução de movimentos corporais, provoca, na maioria das vezes uma forte sensação de bem-estar. E apresenta como objetivos para a Dança: Promover a consciencialização corporal e o controlo do movimento; Melhorar a capacidade articular, motora e muscular; Melhorar a coordenação, o equilíbrio e o ritmo; Estimular a perceção, compreensão e memória; Desenvolver e estimular capacidades criativas; Aumentar a capacidade de expressão e comunicação; Promover a colaboração e cooperação; Revalorizar o próprio corpo;
- 3- Caminhada, é frequentemente recomendada por profissionais de saúde pois permite ótimos resultados na prevenção de doenças crónicas degenerativas e na manutenção da capacidade funcional, apar de outros objetivos e benefícios como: Estimular a coordenação dos braços e pernas; Fortalecer a musculatura dos membros; Auxiliar uma melhor sustentação da postura corporal; Aumentar a eficiência dos pulmões, coração e vasos sanguíneos; Proporcionar contacto social; Aumentar o gasto de calorias e gorduras; Favorecer o contacto com a natureza.
- 4- Atividades Aquáticas, são particularmente úteis, pois o corpo fica sem peso na água, tornando-se uma atividade agradável e menos dolorosa, nomeadamente aos idosos com problemas articulares. Como objetivos são propostos: Favorecer a melhoria do sistema cardiorrespiratório; Desenvolver o sistema

muscular; Facilitar os movimentos; Manter o corpo e as articulações flexíveis; Diminuir o sedentarismo; Manter a forma corporal desejada; Promover o relaxamento;

- 5- Atividades Recreativas, que podem proporcionar momentos de descontração, diversão e alegria, que contribuirão para uma melhor ocupação dos tempos livres e para aquisição de novas experiências. São exemplos os torneios (por exemplo de cartas, de dominó, etc.), as marchas populares, as procissões e piqueniques. Como principais objetivos: Favorecer a socialização; Melhorar o aproveitamento do tempo livre; Possibilitar a descontração; Aumentar a integração e participação social; Estimular a criatividade;
- 6- Jardinagem, encontrada como uma forma agradável e diferente de aumentar os níveis de atividade física e manter a mobilidade e flexibilidade. Os objetivos desta atividade são: Utilizar diferentes habilidades motoras; Desenvolver o controlo motor das mãos; Prevenir doenças como a osteoporose; Estimular o interesse pelos espaços envolventes; Promover o relaxamento e a sensação de bem-estar;
- 7- Yoga, (integração), significa consciencialização pessoal e é a arte de viver melhor, de conhecer o próprio corpo, as suas necessidades e perceções, de aprender a escutar-se, a sentir-se e, sobretudo, a respeitar-se independentemente da idade. Os objetivos desta modalidade são: Melhorar a função cardiorrespiratória; Manter o corpo e as articulações flexíveis; Aprender a ouvir as necessidades e desejos; Controlar respostas; Conhecer melhor o corpo; Promover o autoconceito; Lidar melhor com situações de *stress*;
- 8- Tai Chi, é um exercício do “relaxamento em movimento” que se baseia nos movimentos dos animais e na contemplação da natureza. Apesar de ser um exercício milenar chinês, a sua prática é cada vez mais frequente na Europa, especialmente por pessoas de mais idade. Tem como objetivos: Melhorar a função cardiorrespiratória; Mobilizar as articulações; Melhorar o equilíbrio e a flexibilidade; Relaxar a mente; Aumentar o controlo das emoções; Promover o autoconhecimento; Lidar melhor com situações de *stress*.

Inerente à capacidade de manter objetivos de vida, está a manutenção de um funcionamento cognitivo saudável, que inclui domínios como a linguagem, o pensamento, memória, funções executivas (capacidade de planear, coordenar e executar tarefas) julgamento, atenção, perceção, capacidade de lembrar habilidades como conduzir (Silva &

Silva, 2013). Torna-se fundamental oferecer a oportunidade aos idosos de optar por estilos de vida saudáveis, maximizando a plasticidade cognitiva ao longo do ciclo de vida.

Para manter a mente ativa, Azevedo e Teles (2011, p.80) sugerem várias formas e modalidades. Destacam assim:

1. A socialização, ou seja a participação em atividades sociais contribui para uma melhoria do humor, assim como da memória, permite conhecer novas pessoas e conviver com os amigos;
2. Manter estilos de vida saudáveis como praticar exercício físico, realizar uma alimentação saudável e equilibrada e manter bons hábitos de sono; Manter uma atitude positiva relativamente ao envelhecimento e à vida;
3. Prestar mais atenção nas tarefas que realiza e diversificar as rotinas.

Existem muitas outras alternativas para estimular a mente, e dedicar tempo diário à leitura é uma delas. São sugeridos, igualmente, diversos exercícios formais para as áreas da inteligência (a atenção e concentração, raciocínio, visualização espacial, capacidade verbal e numérica) e memória, os quais devem ser integrados em sessões de estimulação.

Participar em atividades culturais, tais como ir ao cinema e teatros e viajar são ainda formas de passar o tempo de forma útil e divertida em que podem ser utilizadas estratégias de estimulação cognitiva (Ribeiro e Paúl, 2011).

Cardão (2009) reforça a ideia de que apesar da vulnerabilidade à doença aumentar com a idade, envelhecer não é sinónimo de adoecer. A atividade é importante na manutenção da funcionalidade, espelhando o investimento continuado no mundo externo, investimento que contribui para alimentar o amor-próprio da pessoa

### 3.3 – A ESPIRITUALIDADE NA VELHICE

*" (...) No lar, por todo o lar, as paredes são brancas e entre o vazio mais intenso do céu e a candura das paredes não há diferença. Sentimo-nos cegos. (...) um dia, havemos de esboroar-nos na luz. Esta brancura é um estágio para a desintegração final. (...) "*

*Valter Hugo Mãe (2010)*

Na velhice a espiritualidade é bastante valorizada. O facto de a velhice ser a última etapa da vida faz com que as pessoas pensam com mais frequência nas questões da vida e

da morte. A espiritualidade pode ser vista como sendo um dos recursos mais usados para enfrentar situações adversas, sendo constituído por aspetos emocionais e motivacionais na procura de um significado para vida (Gutz & Camargo, 2013).

A espiritualidade e a religião sempre existiram o longo da humanidade, sendo um fator comum a todas as épocas e culturas. São vários os estudos que demonstram que a faixa etária acima dos 65 anos é aquela que dá mais importância à sua religiosidade e à sua espiritualidade (Lucchetti, Lucchetti, Bassi, Nasri, & Nacif, 2011).

Na linha de bem-estar psicológico do envelhecimento, a espiritualidade e a religiosidade são uma das estratégias mais ricas e utilizadas pelos idosos frente ao aumento do senso de finitude ou proximidade da morte. A crença de transcendência permitiria conforto, sensação de geratividade e bem-estar psicológico, dimensões que aparecem como positivas na vida adulta madura e na velhice (Lima, Silva & Galhardoni, 2008).

Entende-se por religiosidade quando um indivíduo acredita, segue e pratica uma determinada religião. A religiosidade pode ser organizacional, quando existe a participação efetiva na igreja ou no tempo religioso ou não organizacional, quando o indivíduo reza, lê livros religiosos e vê programas religiosos na televisão (Lucchetti, *et al*, 2011). Deve-se diferenciar religiosidade de religião já que religião é o sistema de crenças, práticas, rituais e símbolos que são escolhidos para facilitar o acesso ao sagrado e ao transcendente (Lucchetti, *et al*, 2011).

Já por espiritualidade entende-se como sendo a busca pessoal de forma a entender as questões relacionadas com a vida e o seu sentido que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas (Lucchetti, *et al*, 2011). A dimensão horizontal da espiritualidade estende-se através das experiências comuns diárias tendo em conta o bem estar-social enquanto a dimensão vertical considera a busca para alcançar Deus ou um poder superior (Gutz & Camargo, 2013).

Outro aspeto importante da religião e da espiritualidade relativamente aos idosos tem a ver com as perdas. Os idosos estão mais vulneráveis a sofrerem perdas: a perda financeira, da situação económica decorrente da reforma; a perda da beleza, do vigor da juventude; a perda de um corpo saudável para dar lugar à convivência com doenças crónicas; a perda de independência e/ou autonomia; a perda de familiares, amigos e, finalmente, a proximidade da perda da própria vida. A religião e a espiritualidade podem então auxiliar a enfrentar estes eventos, considerados frequentemente como *stressantes* (Duarte & Wanderley, 2011).

Na velhice, a pessoa está ainda mais predisposta para experiências emocionais do transcendente e para a busca do sentido, sendo muito apoiada pela comunidade de fé

envolvente. Enfim, a fé pessoal e comunitária, as crenças e experiências do sagrado contribuem para uma maior qualidade de vida e de sentido existencial (Oliveira, 2012).

Sendo tão crucial a morte e o morrer, ninguém duvida da importância da religião ao longo da vida e particularmente na hora da morte. Mais: pode até concluir-se que foi a morte quem de algum modo suscitou a religião ou ao menos deu um grande contributo para o seu aparecimento (Oliveira, 2012).

Oliveira (2012) acrescenta ainda que, se a função principal da religião é dar sentido à vida e às suas vicissitudes, ela é certamente a única realidade capaz de dar sentido à morte, surgindo como necessidade de abertura para o além (a concretização da Vida pós-morte no Céu ou noutra estado paradisíaco pode variar conforme as diversas religiões).

#### 4 – INVESTIMENTO NA VIDA PESSOAL

*“ (...) Havia, por ali, gente velha e gente com doenças múltiplas, sobretudo com demências de vária ordem e doenças terminais...Mas João era um velho que estava morto. E que estava vivo. Que era, ainda, natureza. Sabia o que queria. Que pensava, sofria e amava. Que amava!... Que escrevia, lia e pensava.(...) ”*

*Fernando Correia, 2016*

O envelhecimento populacional requer medidas, iniciativas e intervenções, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos e assegurar a sua integração progressiva e equilibrada na sociedade. Com efeito os idosos hoje vivem mais tempo, mas é premente que vivam em qualidade, integrados na sociedade e na família, com garantias de meios de subsistência e apoios necessários. Ou seja, é necessário “dar vida” aos anos e não apenas dar anos à vida e a maior fatia de responsabilidade está na própria pessoa (Carvalho & Mota, 2012).

Envelhecer é um processo mais psíquico do que físico. No fundo, como se costuma dizer, *a idade é um estado de espirito!* Envelhece-se biologicamente, é certo, mas sobretudo, envelhece-se quando deixamos de nos encantar com os processos da vida (Cardão, 2009).

Ter objetivos de vida é um dos aspetos mencionados por diferentes perspetivas e teorias como parte do constructo de bem-estar e satisfação. Na perspetiva do ciclo vital é, inclusivamente, analisada a importância das mudanças nos objetivos e propósitos que o indivíduo tem ao longo da sua vida. Os objetivos de vida e o investimento na vida pessoal, no sentido de conseguir algo novo ou no sentido de se manter algo, são encontrados como possíveis fatores de resiliência (Afonso, 2012). É importante para o idoso manter o seu equilíbrio emocional e psíquico, para o que terá de se manter ativo, ter objetivos e continuar a aprender e a crescer interiormente (Pimentel, 2001). Para tal, cabe às pessoas mais velhas definir elas próprias o que “envelhecer bem” significa e, deste modo, indicar o que necessitam para consegui-lo face às suas incontornáveis circunstâncias pessoais, sejam elas determinadas pelo inexorável peso da idade, ou pela frequência de problemas de saúde impossibilitadores de um exercício pleno de independência (Ribeiro, 2012).

Os idosos percebem por envelhecimento ativo, a capacidade de cuidar da sua saúde física e mental, bem como demonstrar interesse pela vida e pelas questões sociais,

preparando assim uma nova etapa da vida, verificando-se que são cada vez mais os idosos que estabelecem objetivos de vida, desempenhando um papel fundamental na comunidade, como voluntários, membros de associações e como avós (Ferreira, 2009).

De um modo geral, o envelhecimento ativo expressa a conquista do envelhecimento como uma experiência positiva, uma vida longa que deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, envolvimento social e segurança. Não estando circunscrito à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho, deve considerar leituras subjetivas que permitam manter o envolvimento ajustado com as dimensões individuais, sociais, culturais, espirituais e civis tidas como significativas para a pessoa e não para “o grupo dos mais velhos” que é, como se sabe, mas nem sempre se reconhece, altamente heterogêneo (Ribeiro, 2012).

Também Oliveira (2012) sustenta a ideia de que o sucesso ou insucesso da adaptação do idoso à sua nova situação de velhice é de primária importância. Para este autor esta adaptação passa por um modo de vida socialmente desejável para os idosos, manutenção das atividades da meia-idade e sentimento de satisfação com a vida em geral. Isto pressupõe manter o idoso ativo a todos os níveis, levando-o a um contínuo investimento e não desinvestimento. Todavia, cada caso deve ser ponderado individualmente, porque para uns a felicidade ou satisfação com a vida pode estar mais na ação, nos fatores socioeconômicos e contextuais, enquanto para outros idosos à felicidade estão subjacentes aspectos de índole pessoal.

Cardão (2009) explica este conceito de (Des)investimento no envelhecimento. Refere-se a vários possíveis tipos de envelhecimento, que encerram movimentos psíquicos e investimentos/ desinvestimentos libidinais que ajudam a compreender que é um processo que pode ser vivido tanto de forma saudável como patológica, influenciando a forma como é vivido. Assim o envelhecimento pode ser vivido (1) pela “via elaborativa e o desejo de viver”, onde a pessoa, com uma atitude construtiva, aceita e investe nas mudanças pessoais e sociais inerentes ao avanço na idade, (2) ou pela “via regressiva entre a vida e a morte”, onde a pessoa, numa atitude destrutiva, se retrai em si mesma negando as mudanças e enquistando a sua elaboração.

A atuação de quem cuida um idoso institucionalizado, passa por um conhecimento individualizado dessa mesma pessoa e se necessário fazer compreender ao próprio idoso que na vida há sempre diferentes “portas” para abrir, diferentes “caminhos” e trajetórias por onde seguir. É necessário fazer escolhas e, certamente seguir pela “via elaborativa e o desejo de viver” é a escolha mais vantajosa para experienciar a velhice com dignidade!

A atuação deve estar centrada na educação para a saúde, no “cuidar” tendo como base o conhecimento do processo de senescência e senilidade e no retorno da capacidade funcional para a realização das suas atividades, com o objetivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar o máximo possível a independência e felicidade, promovendo assim que haja, efetivamente investimento na vida pessoal. Só assim, a pessoa idosa institucionalizada pode viver de uma forma ativa, mais e melhor!



## **2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO**



## 5 – MÉTODOS

O segundo capítulo desta pesquisa constitui a contribuição pessoal que se inicia com as considerações metodológicas. Neste capítulo, procuramos definir as estratégias para estudarmos o Nível de Investimento na Vida Pessoal percebido pelos idosos que se encontram institucionalizados nas ERPI do concelho de Vila Nova de Paiva.

Tendo por base o quadro teórico elaborado, definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudarão a dar resposta às questões que inicialmente formulámos. Iremos, deste modo, descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, as hipóteses delineadas, a amostragem realizada, o instrumento de colheita de dados utilizado e os procedimentos estatísticos realizados.

Neste sentido delineámos um conjunto de **objetivos** que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, nomeadamente:

- Conhecer as características sociodemográficas da população idosa residente nas ERPI do concelho de Vila Nova de Paiva;
- Avaliar o nível de dependência funcional no desempenho das atividades básicas da vida diária (ABVD);
- Conhecer a perceção que os idosos têm em relação ao envelhecimento e seus contornos, à relação familiar, ao seu estado de saúde atual e futuro e às necessidades sentidas;
- Identificar fatores de contexto situacional dos idosos residentes em Instituições;
- Conhecer a perceção que os idosos têm relativamente às relações com os funcionários, com os utentes, privacidade e alimentação;
- Identificar os aspetos negativos das ERPI percebidos pelos idosos;
- Identificar as atividades de lazer mais desenvolvidas pelos idosos e o modo como gostariam de passar o tempo livre;
- Avaliar o sentido da espiritualidade na vida dos idosos;
- Analisar em que medida o investimento na vida pessoal dos idosos institucionalizados é influenciado pelas variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais;
- Conhecer níveis de satisfação dos idosos perante a vida;

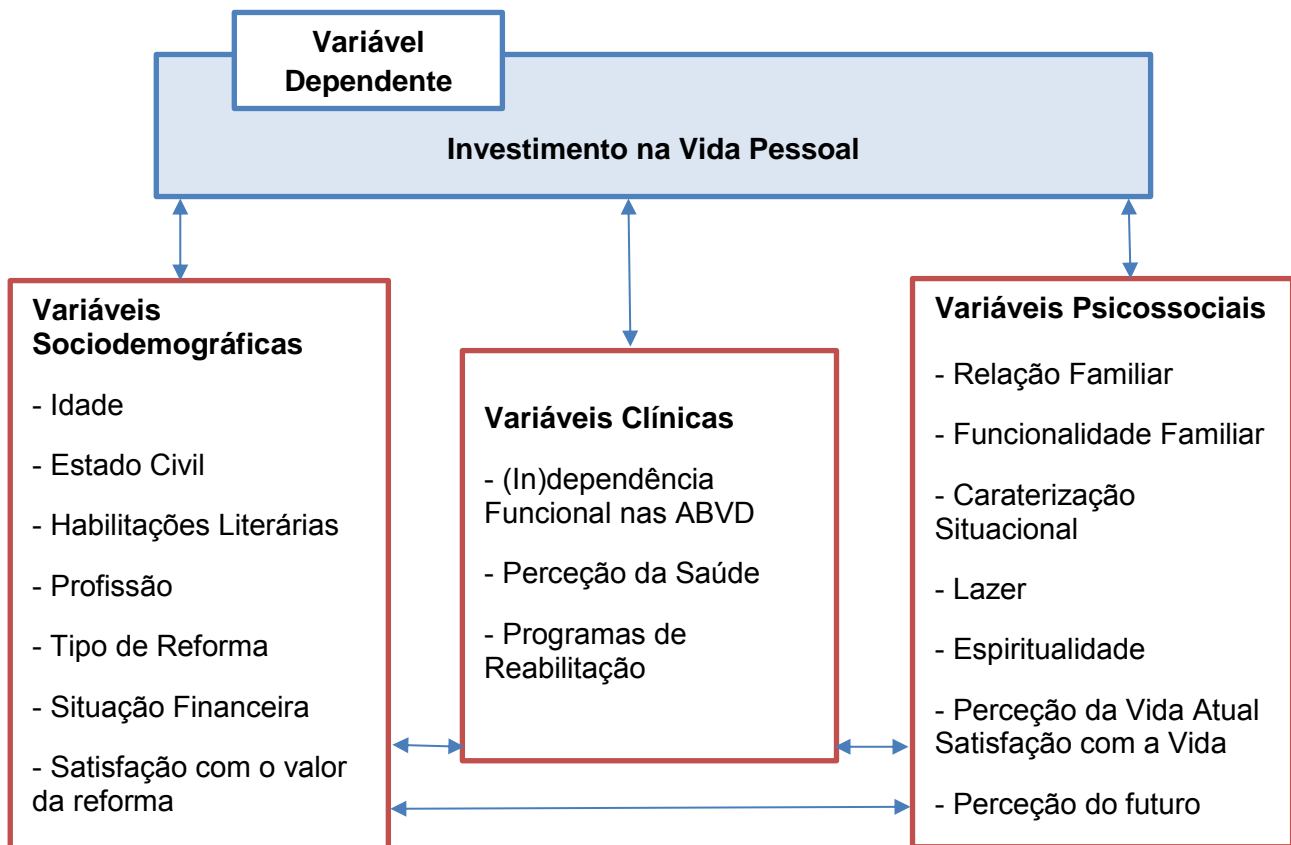
- Determinar níveis de Investimento na Vida Pessoal da Pessoa Idosa institucionalizada nas ERPI do concelho de Vila Nova de Paiva.

O modelo conceptual que seguidamente apresentamos procura demonstrar o conjunto de variáveis em estudo e a relação que procuramos averiguar entre elas.

Trata-se de um modelo que engloba três grandes domínios (1) **Sociodemográfico**- que integra o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a profissão exercida, o tipo de reforma, a situação financeira e a satisfação com o valor da reforma; (2) **Clínicos**- que incluem o nível de (in)dependência funcional nas ABVD, a perceção da saúde e programas de reabilitação; e (3) **Psicossociais**- que se referem à relação e funcionalidade familiar, às características situacionais, às atividades de lazer, à espiritualidade, à perceção da vida atual avaliando a satisfação com a vida e à perceção do futuro.

Os domínios descritos interrelacionam-se e exercem profundas influências na determinação da perceção do nível de investimento na vida pessoal do Idosos.

Figura 3 – Modelo conceptual da relação entre as variáveis.



O desenho da nossa investigação enquadra-se no tipo de estudo não experimental, transversal, numa lógica de análise descritivo-correlacional, e de carácter quantitativo.

### 5.1 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra seleccionada para este estudo é do tipo não probabilístico, por conveniência, uma vez que os sujeitos se encontram geograficamente acessíveis. A amostra é constituída por 90 indivíduos de uma amostra total de 184 indivíduos residentes nas ERPI existentes no concelho de Vila Nova de Paiva:

- Associação de Solidariedade Social do Alto Paiva, Vila Nova de Paiva;
- Associação de Solidariedade Social Cruz de Malta, Vila Cova à Coelheira;
- Cáritas da Paróquia de Queiriga, Queiriga;
- Centro Paroquial de Touro - Lar de Idosos e SAD, Touro;
- Associação de Solidariedade Social Alvorada na Serra, Pendilhe.

Para a consecução da amostra foram utilizados os seguintes critérios de seleção:

- Possuir idade igual ou superior a 65 anos;
- Apresentarem capacidade de resposta verbal e orientação no espaço e no tempo;
- Aceitar participar no estudo e assinar o consentimento (o próprio ou o seu representante legal, quando necessário), depois de devidamente informados sobre o assunto.

Do estudo ficaram excluídos todos os residentes das cinco instituições que não preenchiam os referidos requisitos ou que à data da investigação estavam ausentes.

### 5.2 – VARIÁVEIS DE ESTUDO

Segundo Fortin, Côté e Filion (2009) as variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados.

### *Variáveis Independentes*

Uma *variável independente* é um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável. A variável independente, chamada também variável experimental, é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

Na nossa investigação incluímos várias variáveis independentes que consideramos pertinentes e necessárias para a determinação do nível de Investimento na vida pessoal da pessoa idosa institucionalizada. Assim no nosso estudo, as variáveis independentes circunscrevem-se aos fatores sociodemográficos, sendo a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias, a profissão, o tipo de reforma, a situação financeira e a satisfação com o valor da reforma.

De forma equivalente, os níveis de (in)dependência funcional nas ABVD, a percepção da saúde e os programas de reabilitação constituem as variáveis clínicas. A relação e funcionalidade familiar, a caracterização situacional, as atividades de lazer, a espiritualidade, a satisfação com a vida atual e a percepção do futuro, dão forma às variáveis psicossociais deste estudo.

### *Variáveis Dependentes*

Para Fortin, Côté e Fillion (2009) a variável dependente não é mais do que o resultado preditivo do investigador.

No nosso caso específico, a variável dependente é **o Nível de Investimento na Vida Pessoal da Pessoa Idosa Institucionalizada**, variável que reflete, em parte, o bem-estar subjetivo individual, isto é, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem as suas experiências de vida de forma positiva (Donalísio, Joial, & Ruiz, 2007). Para as mesmas autoras, o julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido.

## 5.3 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A hipótese é um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica. Um estudo pode conter várias hipóteses. As hipóteses têm influência sobre o desenho de investigação, os métodos de colheita e análise dos dados, assim como sobre a interpretação dos resultados. O principal ponto de partida é o quadro

teórico: é extraído deste um enunciado de uma proposição e transformado em hipótese (Fortin 2009).

Assim as hipóteses de investigação (**H**) do presente estudo são as seguintes:

**H1** – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações literárias e satisfação com o valor da reforma) e o investimento na vida pessoal dos Idosos?

**H2** – Existe associação entre as variáveis clínicas (níveis de dependência funcional, estado de saúde e programas de reabilitação) e o investimento na vida pessoal dos Idosos?

**H3** – Existe associação entre as variáveis psicossociais (funcionalidade familiar, iniciativa do internamento, residência preferida, espiritualidade, planos futuros e satisfação com a vida) e o investimento na vida pessoal dos Idosos?

#### 5.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A escolha do método apropriado para recolher a informação junto dos participantes constitui um aspeto importante do processo de investigação. Os dados podem ser colhidos de diversas formas. Podem-se colher dados fatuais com a ajuda de entrevistas e de questionários, avaliar características psicossociais com a ajuda de escalas de medida, ou ainda apreciar situações por observações diretas. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objetivo do estudo, às suas questões de investigação ou às suas hipóteses (Fortin, Côté, & Fillion, 2006).

Assim, para este estudo procedeu-se a um questionário composto por questões fechadas, questões de resposta aberta e cinco escalas de avaliação. O esquema estrutural que se segue explicita a composição estrutural do questionário.

Quadro 3 – Resumo Estrutural do Questionário

Grupo	Domínios em Estudo	Questões
I	Fatores Pessoais	1 a 8
II	(In)dependência nas ABVD (Índice de Barthel)	9
	Perceção da Saúde atual	10 a 13
III	Caraterização Familiar	14 a 17
	Funcionalidade Familiar (Escala de Apgar Familiar)	18
IV	Fatores Situacionais	19 a 29
V	Atividades de Lazer (Índice de Lazer)	30 a 32
VI	Fatores Espirituais (Escala de Avaliação da Espiritualidade)	33
VII	Perceção da Vida Atual (Escala de Satisfação com a Vida)	34
VIII	Perceção do Futuro e das suas necessidades	35 a 40
IX	Perceção do Investimento na Vida Pessoal (Escala de Avaliação de Investimento na Vida Pessoal)	41

### **Grupo I**

#### *Fatores Sociodemográficos*

Este grupo procura obter elementos de natureza pessoal e é constituído por uma questão aberta (idade) e sete questões fechadas (sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão, situação económica, tipo de reforma e satisfação com a reforma).

### **Grupo II**

#### *(In)dependência nas ABVD (índice de Barthel)*

O Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Wade & Colin, 1988) é um instrumento de avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) frequentemente utilizado na prática clínica. Apresenta uma boa consistência interna avaliada através do coeficiente alfa de 0,89 (Sequeira, 2010).

As ABVD são definidas como o conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem precisar de ajuda dos outros. Avalia o nível de independência e autonomia para a realização de dez atividades: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Sequeira, 2010).

Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência. A cotação global oscila entre 0 e 100 pontos, variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja, quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência (Sequeira, 2010).

Quadro 4 – Pontos de corte do Índice de Barthel (Sequeira, 2010, p.46)

<b>Pontuação</b>	<b>Nível de Dependência</b>
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
<20	Totalmente dependente

#### *Percepção da Saúde Atual*

No seguimento da avaliação clínica e funcional dos idosos, aplicaram-se ainda quatro questões fechadas para procurar compreender qual a percepção dos idosos inqueridos relativamente ao seu estado de saúde, bem como o recurso a programas de reabilitação.

À pessoa idosa está frequentemente associada a existência de doenças crónicas e estados funcionais alterados, acompanhados de situações incapacitantes e de dependência. Estas situações conduzem a necessidades de cuidados de reabilitação, através dos quais poderão recuperar idosos fisicamente enfraquecidos, maximizando a sua independência.

Os enfermeiros de reabilitação interessam-se pela melhor forma de conseguir a qualidade de vida do idoso e, promovendo a independência no autocuidado e na capacidade de retomar a vida ativa, ajuda a reavaliar as suas capacidades funcionais, bem como a recuperar a consciência do seu valor (Ferreira, 2011).

### **Grupo III**

#### *Caraterização Familiar*

A institucionalização do idoso pressupõe um afastamento físico da sua família, podendo ser associado pelo idoso ao abandono e a morte. No entanto a família continua a representar um papel fundamental na vida dos idosos, pelo que manter relações de afeto com a família é uma premissa que não pode ser esquecida pelas instituições sociais (Carneiro 2012).

Torna-se imperativo num estudo em que se procura compreender a satisfação com a vida e conseqüente investimento na própria vida, perceber a função familiar na vida dos idosos institucionalizados.

Este grupo é assim composto por uma questão aberta (número de filhos) e duas fechadas (Quem o costuma visitar e a periodicidade das visitas).

#### *Funcionalidade Familiar - Escala de Apgar Familiar (EAF)*

A funcionalidade familiar pode ser avaliada através de um instrumento designado por Apgar Familiar, que permite mensurar a satisfação de um membro da família relativamente à assistência que lhe é dispensada pelos restantes membros dessa família. O modo como os membros da família interagem entre si e com os outros leva a que as famílias possam ser consideradas funcionais e disfuncionais.

Utilizámos a Escala de Apgar Familiar – Caracterização Familiar, elaborada por Smilkstein (1978), validada para a população portuguesa por Agostinho e Rebelo (1988).

Esta é constituída por cinco perguntas que quantificam a perceção que o indivíduo tem do funcionamento da sua família, permitindo também caracterizar os componentes fundamentais da função familiar. Cada pergunta tem três possibilidades de resposta, a que correspondem as seguintes pontuações: “quase sempre” - 2 pontos; “algumas vezes” - 1 ponto; “quase nunca” - 0 pontos. O resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas, podendo as famílias ser classificadas:

- Família Altamente Funcional: 7 – 10
- Família Moderadamente Disfuncional: 4 – 6
- Família Marcadamente Disfuncional: 0 – 3

Esta escala permite caraterizar os componentes fundamentais da função familiar:

- Adaptação (Adaptability) intrafamiliar – alude à utilização dos recursos, dentro e fora da família, para solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise;
- Participação/comunicação (Partnertship) – referente à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;
- Crescimento/desenvolvimento (Growth) – compreende a maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;

- Afeto (Affection) – existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;
- Resolução/dedicação ou decisão (Resolve) – Reflete o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. O que implica também uma decisão na partilha de bens e espaço.

Embora a fiabilidade e a validade deste método já tenham sido estudados e asseguradas, temos que ter presente que ele só avalia o grau de satisfação com a família que o indivíduo admite e verbaliza (Smilkstein, 1978, apud Azeredo & Matos, 1989).

## **Grupo IV**

### *Caraterização Situacional*

No decorrer do estudo, é importante compreender os fatores que levaram o idoso à institucionalização.

Este grupo é constituído por 11 questões, sendo 3 abertas e 8 fechadas e pretende avaliar o contexto residencial dos idosos. Para isso procuramos conhecer os motivos de Internamento, a Iniciativa do mesmo, tempo e preferências, a perceção das relações Institucionais (residentes e funcionários), privacidade, alimentação, saídas e grau de satisfação com o lar.

## **Grupo V**

### *Índice de Atividades de Lazer*

Este grupo tem como objetivo perceber como os idosos ocupam o seu tempo livre. É composto por nove perguntas fechadas que incluem os seguintes itens: ler, ver televisão, ouvir música, passear, jardinagem, horticultura, fazer tricô, jogar cartas e conversar com os amigos. Cada um destes itens têm cinco alternativas de resposta, nomeadamente muito pouco, pouco, nem muito nem pouco, bastante e muito. A pontuação atribuída às alternativas de resposta situa-se entre 1 e 5, em que as cotações mais baixas (1) destinam-se ao tempo que mais ocupam nessa atividade e 5 àqueles que a praticam muito pouco ou nada, em que a média corresponde a 25,8 e o desvio-padrão a 6,6. Os valores do índice oscilam entre 9 e 45 pontos. Para serem classificados os inquiridos em termos globais deverá ter-se em conta a seguinte classificação: de  $\leq 19$  pontos – pratica muito/bastante; de 19 a 32 pontos – pratica moderadamente e  $\geq 32$  – pratica pouco/ baixo. Para o primeiro grupo considera-se a média

menos um desvio padrão ( $x - Dp$ ), para o terceiro a média mais um desvio padrão ( $x + Dp$ ) e para o segundo, a situação intermédia. O índice é ainda constituído por uma questão fechada “Sente que aproveita ao máximo o seu tempo de lazer?”; e uma questão aberta “Como gostava de ocupar o seu tempo livre?”.

## **Grupo VI**

### *Escala de Avaliação da Espiritualidade*

A literatura indica que as crenças espirituais e/ou religiosas (isto é, a fé), mesmo que não associada a uma entidade divina ou a uma religião específica, fornecem mecanismos de adaptação a eventos stressantes como uma doença grave. Face à adversidade muitas pessoas saem reforçadas e crescem com a provação, dando um novo sentido à vida, estabelecendo novas prioridades e tornando-se mais capazes de enfrentar situações futuras adversas (Pinto & Pais Ribeiro, 2007, p.49).

Esta escala de Espiritualidade inclui cinco itens que devem ser respondidos numa escala de Likert de 4 pontos: 1- não concordo, 2 – concordo um pouco, 3 – concordo bastante, 4 – concordo plenamente. Os autores procuraram construir uma escala simples, pequena e de fácil compreensão, e centraram as questões na dimensão espiritual, atribuição de sentido/significado da vida. Da análise fatorial resultaram duas subescalas: i) crenças (itens 1 e 2), referentes a uma dimensão vertical da espiritualidade; ii) esperança/otimismo (itens 3, 4, 5), relativos a uma dimensão horizontal da espiritualidade. Valores mais elevados na escala global e subescalas indicam maior concordância com a dimensão avaliada Quanto maior a média obtida em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada (Pinto & Pais Ribeiro, 2007, p.43-53).

## **Grupo VII**

### *Perceção da Vida Atual: Escala de Satisfação com a vida*

Neste grupo pretendeu-se perceber o nível de satisfação dos idosos com a vida no contexto atual.

A Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction with Life Scale – SWLS) foi elaborada por Diener e colaboradores em 1985, a partir de um conjunto de 48 itens. Posteriormente foi reduzida para 5 itens, evidenciando no entanto, índices de fidelidade e validade bastante aceitáveis.

Para além da boa qualidade psicométrica que revela, a SWLS é um instrumento breve, de fácil compreensão, aplicação e cotação, e é suscetível de ser usado com adultos de todos os níveis etários e de diversos níveis culturais.

A SWLS foi validada pela primeira vez em Portugal por Neto e colaboradores em 1990. Foi encontrado um alfa de Cronbach de 0.78 e vários índices de validade, tais como correlações significativas com a eficácia pessoal do ensino, a aceitação/rejeição pessoal, a autoeficácia, o autoconceito total, a maturidade psicológica e a ansiedade social. Uma análise fatorial dos resultados confirmou tratar-se de um constructo unitário, na medida em que emergiu um fator único, que explicava a maior parte da variância. Simões fez em 1992 a sua ulterior validação, versão que será utilizada neste estudo. As alterações efetuadas foram: tornar o conteúdo mais compreensível e reduzir para cinco o número de alternativas de resposta. Segundo Simões (2003) a SWLS apresenta bons índices de validade preditiva e validade fatorial. O coeficiente alfa obtido foi satisfatório (0.77). Pavot e Diener (1993) referem resultados convergentes de fidelidade (incluindo fidelidade temporal, ou de testere teste) e de validação, em vários países e culturas, evidenciando também a sua validade discriminante, relativamente às medidas de bem-estar emocional.

No presente estudo, a escala utilizada é assim composta por 5 itens, para os quais são oferecidas cinco alternativas de resposta: (1) discordo muito; (2) discordo pouco; (3) não concordo, nem discordo; (4) concordo um pouco; e (5) concordo muito (Simões, 2003). Cada item é cotado de 1 a 5, conforme a resposta do sujeito, posteriormente somam-se todas as cotações. O somatório variará então entre o mínimo de 5 e o máximo de 25, quanto maior for o resultado, maior será o nível de satisfação com a vida por parte do sujeito, o que constitui uma medida de bem-estar subjetivo.

## **Grupo VIII**

### *Perceção do Futuro e das suas necessidades*

Este grupo é composto por seis questões fechadas e pretende avaliar a perceção que o idoso tem relativamente ao seu futuro. Deste modo integra questões onde se avalia a pretensão do idoso realizar tarefas futuras ou de ambicionar a concretização de planos futuros, avalia o sentimento de tristeza ou solidão e como encara a possibilidade de uma doença grave ou a morte.

## Grupo IX

### *Escala de Avaliação de Investimento na Vida Pessoal (EAIVP)*

Entende-se por investimento, o ato ou efeito de Investir. No sentido figurado, é a aplicação de esforço, tempo e recursos com a finalidade de conseguir algo. Pressupõe a existência intrínseca de uma força que se modifica a cada momento durante toda a vida, onde direciona e intensifica os objetivos de um indivíduo. Investir na própria vida significa valorizar-se enquanto ser humano em todos os seus atributos e características, inclusive na sua complexa estrutura física, intelectual e espiritual (Infopédia, Porto Editora, 2016).

A Escala de avaliação de investimento na vida pessoal foi elaborada por Freire SA em 2001 (Freitas, Py, Cançado, Doll, & Gorzoni, 2006, p.1526) e posteriormente testada para a população portuguesa por Martins e Santos (2012). Foi desenvolvida para avaliar o investimento pessoal na vida, em todas as etapas da vida adulta sendo igualmente considerada crucial na velhice. Trata-se de um instrumento breve, de fácil compreensão, aplicação e cotação, e é suscetível de ser usado com adultos de todos os níveis etários. A escala utilizada é composta por 9 itens, para os quais são oferecidas 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 o mínimo de 9 e o máximo de 45. 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 Pestana & Gageiro (2014) para a constituição dos grupos: (Média  $\pm$  0.25 dp).

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

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

## 5.5 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A realização de qualquer investigação implica não só delinear uma população, mas também desenvolver um conjunto de ações, de forma a alcançar os objetivos inicialmente propostos para o estudo. Além disso, torna-se fundamental que todos os procedimentos a

realizar, se façam segundo uma rigorosa conduta ética respeitando os princípios da beneficência, da justiça e de um respeito integral pela dignidade humana.

Foi efetuado, até 02 de outubro de 2015, o pedido formal de autorização à realização do estudo aos Senhores Presidentes de Direção das ERPI do concelho de Vila Nova de Paiva, tendo-se obtido os consentimentos para a realização do mesmo (cf. Apêndice I).

Foi igualmente realizado o pedido de consentimento informado aos idosos ou seus representantes legais (quando estes se encontravam incapacitados para tal), para aplicação dos instrumentos de colheita de dados (cf. Apêndice II).

O questionário foi aplicado pelos investigadores entre os dias 01 de novembro e 31 de dezembro de 2015, nas diferentes instituições. Procurou-se sempre proporcionar um espaço acolhedor de forma a cumprir rigorosamente os critérios de privacidade, salvaguardando o direito ao anonimato e à confidencialidade.

### **5.5.1 – Procedimentos estatísticos**

O tratamento estatístico inclui todo o processo que vai desde a colheita de dados até à análise e interpretação dos resultados. No nosso estudo este será processado através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, por isso determinaram-se:

- Frequências: Absolutas (N) e Percentuais (%)
- Medidas de tendência central: Médias (M) e Medianas (Md)
- Medidas de dispersão ou variabilidade: Desvios padrão (Dp) e Coeficientes de variação (CV).

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados serem interpretados do seguinte modo (Pestana e Gageiro):

- $CV \leq 15\%$  – Dispersão fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$  – Dispersão média;
- $CV > 30\%$  – Dispersão elevada.
- Medidas de simetria e achatamento:

Para as medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis), Pestana e Gageiro (2014) consideraram os seguintes valores de referência:

Desta forma, para  $p = 0,05$  uma distribuição é:

- Simétrica – quando “  $[\text{Skewness}/\text{stdError}] < 1,96$ , a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo”.
- Assimétrica – quando “  $[\text{Skewness}/\text{stdError}] > 1,96$ , a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do máximo (assimetria negativa) ”.

De igual forma, uma distribuição pode ser:

- Mesocúrtica quando  $[\text{kurtosis}/\text{stdError}] < 1,96$ ;
- Platicúrtica quando  $[\text{kurtosis}/\text{stdError}] < -1,96$ ;
- Leptocúrtica quando  $[\text{kurtosis}/\text{stdError}] > 1,96$ ;

A estatística analítica ou inferencial permite determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde foi tirada.

O estudo da simetria e do achatamento permitem ver se a distribuição é, respetivamente, simétrica e mesocúrtica, que são condições necessárias, mas não suficientes, para a distribuição ser considerada normal.

O teste Kolmogorov-Smirnov (K-S) serve para analisar a aderência à normalidade da distribuição de uma variável. Não se rejeita a normalidade a 5% quando o nível de significância deste teste é superior a 0,05 (Pestana & Gageiro, 2014).

Os mesmos autores referem ainda que, a distribuição normal é uma distribuição importante, visto ser um pressuposto de utilização de muitos testes estatísticos. Quando esta distribuição normal não se verifica temos que utilizar testes não paramétricos.

Em relação à estatística inferencial, fizemos uso de testes não paramétricos, uma vez que a variável dependente não tem uma distribuição normal. Neste sentido e em relação à estatística analítica utilizámos:

#### Testes Não-Paramétricos

- ∞ Teste de Qui Quadrado ( $X^2$ ) - Este teste permite verificar qual o efeito de uma variável endógena, testando as médias da variável endógena de forma a saber se em cada categoria do fator, estas são ou não iguais entre si.
- ∞ Teste Mann- Withney – Este teste compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes, ou seja, compara os valores das medianas. Este teste é

utilizado quando há violação da normalidade, ou quando a amostra é pequena, ou ainda quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal.

- ∞ Teste de Kruskal-Wallis – Este teste é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, e é também uma alternativa ao One-Way Anova utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último, que se lembram de ser a normalidade, e a igualdade das variâncias (Pestana & Gageiro, 2014).

O tratamento dos dados estatísticos será efetuado com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 20.0.

A apresentação dos resultados efetuar-se-á com o recurso de tabelas e quadros, onde se apresentarão os dados mais relevantes.

Por questões de segurança e fiabilidade, sempre que as frequências das respostas forem demasiado baixas (o que pode comprometer a utilização dos testes de significância) efetuar-se-ão os agrupamentos necessários das variáveis em estudo, para obter frequências consideradas aceitáveis.

## 5.6 – RESULTADOS

Este capítulo pretende apresentar e analisar os resultados obtidos neste estudo, a partir do tratamento de dados fornecidos pelos questionários aplicados aos participantes.

A organização e sequência dos assuntos apresentados terão em conta a ordem pela qual foi construído o instrumento de colheita de dados, os objetivos propostos para o estudo e ainda o referencial teórico de suporte.

Os dados serão apresentados em quadros e tabelas, uma vez que facilitam uma melhor visualização, permitindo uma leitura mais clara e objetiva dos resultados mais relevantes. As tabelas, cujas colunas não tenham totais, referem-se a resultados de questões onde eram permitidos respostas múltiplas. Também as fontes das tabelas serão omissas, uma vez que todos os dados foram recolhidos através do instrumento de colheita de dados que se encontra anexado ao documento do estudo. Em termos de tratamento dos dados, começaremos por apresentar num primeiro momento uma estatística de caráter descritivo e num segundo momento passaremos a uma análise do tipo inferencial.

### 5.6.1 – Secção I – Caracterização sociodemográfica da amostra

Os resultados que seguidamente se apresentam pretendem dar a conhecer a caracterização sociodemográfica da amostra.

### **Idade e género**

A tabela 1 revela que a amostra utilizada neste estudo é constituída por 90 participantes, pertencendo 57 ao sexo feminino e 33 ao sexo masculino.

Constata-se ainda, que a **idade** da amostra total oscila entre um valor mínimo de 65 e um máximo de 99 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 83,22 anos, um desvio padrão de 7,67 e um coeficiente de variação de 9,21%, o que nos indica a existência de uma baixa dispersão em torno da média.

Analisando a idade em função do **género**, verificamos que a média de idades para o sexo feminino ( $\bar{x}=83,77$ ) é ligeiramente superior à do sexo masculino ( $\bar{x}= 82,27$ ), apresentando os dois grupos uma baixa dispersão em torno da média.

Apesar da pequena diferença registada na variável idade não se encontraram diferenças significativas entre homens e mulheres (U=848,000; Z= 0,775; P=0.438).

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis) levam-nos a concluir que a distribuição das idades, para os homens mulheres e amostra total é simétrica e platicúrtica.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e sexo dos idosos

<i>Idade</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	$\bar{x}$	<i>Dp</i>	<i>Sk/erro</i>	<i>K/erro</i>	<i>CV (%)</i>	<b>Teste U Mann-Whitney</b>
<b>Masculino</b>	33	65	99	82,27	8,56	-0,63	-0,66	10,40	U = 848,000 Z = -0,775 P = 0,438
<b>Feminino</b>	57	68	99	83,77	7,13	-1,17	-0,06	8,51	
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>65</b>	<b>99</b>	<b>83,22</b>	<b>7,67</b>	<b>-1,42</b>	<b>-0,49</b>	<b>9,21</b>	

### **Grupos etários**

A distribuição dos idosos por grupos etários mostra, que a percentagem mais elevada (43,3%) se encontra no escalão dos 76-85 anos, seguindo-se o terceiro grupo,  $\geq 86$  Anos, com 41,1% e apenas 15,6% se encontra entre os 65-75 anos o que explica a média elevada de idades encontrada.

Como se pode verificar existe um predomínio de mulheres nos escalões mais altos enquanto no escalão mais baixo os valores são similares.

### ***Estado Civil***

Relativamente à variável descrita, verificamos que a maioria (68,9%) da amostra tem como estado civil viúvo, seguindo-se os solteiros com 17,8%, só em terceiro lugar aparecem os casados/união de facto com 12,2% e por fim os divorciados/separados com pouca expressão neste grupo (1,1%).

Analisando o estado civil por género, verifica-se que os viúvos (68,9%) estão mais presentes no género feminino (46,7%) face a 22,2% de viúvos do género masculino. Os homens como vem sendo referido nos estudos sobre idosos é mais comum nos casados (6,7%).

### ***Habilitações Literárias***

A tabela 2 mostra que o nível de escolaridade dos nossos participantes é genericamente baixa o que não nos surpreende tendo em conta a média de idades. Assim, com maior destaque e igual valor percentual (37,8%) encontramos os analfabetos e os que têm instrução primária, seguindo-se os que sabem ler e escrever com 22,2%. Os restantes níveis de escolaridade são quase inexistentes no grupo.

Em termos de habilitações académicas não se verificam diferenças estatísticas significativas por género.

### ***Profissões***

Quisemos ainda conhecer o tipo de profissões que desenvolveram anteriormente os nossos idosos: os dados expressos na tabela 2 mostram que a maioria (72,2%) dos participantes no estudo integra o grupo de Vendedores ambulantes, agricultores e pescas não qualificadas e empregadas domesticas. Há ainda 8,9% que pertence ao grupo de pessoal com profissão qualificada, 6,7% como operadores de máquinas, 5,6% profissões intermédias, nenhum administrativo e apenas 2,22 pertenceu a quadros superiores.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos elementos da Amostra

VARIÁVEIS	GÉNERO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>GRUPOS ETÁRIOS</b>						
65-75	7	7,8	7	7,8	14	15,6
76-85	13	14,4	26	28,9	39	43,3
≥86 Anos	13	14,4	24	26,7	37	41,1
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Solteiro	6	6,7	10	11,1	16	17,8
Casado/união de Facto	6	6,7	5	5,6	11	12,2
Divorciado/separado	1	1,1	-	-	1	1,1
Viúvo	20	22,2	42	46,7	62	68,9
<b>HABILITAÇÕES LITERÁRIAS</b>						
Analfabeto	10	11,1	24	26,7	34	37,8
Sabe ler e escrever	9	10,0	11	12,2	20	22,2
Instrução Primária (4ª classe)	13	14,4	21	23,3	34	37,8
Curso Médio	-	-	-	-	-	-
Curso Superior	1	1,1	1	1,1	2	2,2
<b>PROFISSÃO</b>						
Operadores de Máq/fábricas	6	6,7	-	-	6	6,7
Vended/ agricultores/empr.Domest	17	18,9	48	53,3	65	72,2
Serviços e Vendedores	-	-	-	-	-	-
Trab. Qualificados agr.e pescas	4	4,4	4	4,4	8	8,9
Pintores / costureiros	3	3,3	1	1,1	4	4,4
Técnicos e profissões intermedias	2	2,2	3	3,3	5	5,6
Administrativos	-	-	-	-	-	-
Quadros Superiores	1	1,1	1	1,1	2	2,2
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>36,7</b>	<b>57</b>	<b>63,3</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

### ***Tipo de reforma***

Considerando que para a maioria de idosos os rendimentos económicos provêm de pensões de reforma, quisemos conhecer o tipo de pensão auferida.

Assim, e de acordo com os dados da tabela 5 constatamos que quer para o total da amostra quer para as mulheres a pensão por limite de idade associada à pensão por cônjuge é a que assume maior representação (43,3%). Em segundo lugar para a amostra total, para homens e mulheres surge a pensão por limite de idade, (35,6%) a de invalidez (13,3%) em terceiro. Vimos ainda outras alternativas mas com valores percentuais menores.

Analisando esta variável por sexo verificamos que a sequência observada é semelhante para homens e mulheres.

### **Situação Financeira**

Os dados sobre a situação financeira mostram-nos, que 70,0% dos idosos da nossa amostra auferem um valor que se situa entre os 250€ e os 500€; seguindo-se um grupo significativo (14,4%) com valores entre 500 e 1000€, 12,2% tem um rendimento até 250€ por fim apenas 3,3% usufrui de um valor superior a 1000€.

Analisando os rendimentos por sexo verificamos uma distribuição similar à verificada para a amostra total.

### **Satisfação com o valor da reforma**

Considerando os dados anteriores, ficámos surpreendidos com as respostas obtidas sobre a satisfação com o valor da reforma, uma vez que 55,6% dos idosos inquiridos se mostra satisfeito com esses valores ao contrário de 44,4% que diz estar insatisfeito.

Avaliando esta opinião em função do género, verificam-se que um terço dos homens e metade das mulheres estão insatisfeitos, revelando-se maior insatisfação nas mulheres.

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica da Amostra (continuação)

VARIÁVEIS	GÉNERO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>TIPO DE REFORMA</b>								
Limite de Idade	15	16,7	17	18,9	32	35,6		
Pensão social	-	-	2	2,2	2	2,2		
Pensão por cônjuge	-	-	1	1,1	1	1,1		
Invalidez	7	7,8	5	5,6	12	13,3		
Limite idade+ Pensão cônjuge	10	11,1	29	32,2	39	43,3		
Pensão cônjuge+ Invalidez	1	1,1	3	3,3	4	4,4		
<b>SITUAÇÃO FINANCEIRA</b>								
Até 250€	3	3,3	8	8,9	11	12,2		
De 250-500€	20	22,2	43	47,8	63	70,0		
De 500.1000€	9	10,0	4	4,4	13	14,4		
>1000€	1	1,1	2	2,2	3	3,3		
<b>SATISFAÇÃO/ REFORMA</b>								
Sim	22	24,4	28	31,1	50	55,6		
Não	11	12,2	29	32,2	40	44,4		
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>36,7</b>	<b>57</b>	<b>63,3</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>		

## **Secção II – Caracterização clínica e funcional dos Participantes**

O estudo das condições de saúde e funcionalidade dos idosos torna-se de extrema importância uma vez que constitui uma dimensão fundamental na sua qualidade de vida. O Índice de Barthel utilizado neste estudo avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez **atividades básicas de vida diária (ABVD)** a saber: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular e transferir-se da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Sequeira, 2010, p.46).

O índice pretende avaliar se o idoso é capaz de desempenhar as referidas tarefas de forma independente. Cada atividade apresenta entre 2 a 4 níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5 ou 10 pontos.

Assim passaremos a analisar o nível de (in)dependência apresentada pelos participantes nas diversas atividades.

### ***(In)dependência nas atividades***

Os dados da tabela 4 mostram que relativamente à função “*higiene pessoal*” 31,1% dos elementos da amostra necessita de ajuda e 68,9% é independente nesta função.

Analisando o item “evacuar” damos conta que a maioria (82,2%) apresenta continência, 12,2% apresenta incontinência e 5,6% tem acidentes ocasionais.

Similarmente na função urinar 56,7% é continente, 24,4% apresenta incontinência ocasional e 18,8% apresenta incontinência.

Relativamente ao uso do WC 57,8% dos elementos da amostra, fazem-no de forma independente 30,0% necessita de ajuda para o fazer e apenas 12,2% é dependente nesta função.

A análise da função “*alimentar-se*” mostra que nenhum dos elementos da amostra é incapaz para esta atividade, 25,6% necessita de ajuda para o fazer e 74,4% é independente.

Nas “*transferências*” constatamos que nenhum dos elementos da amostra é incapaz para esta atividade, 20,0% necessita de grande ajuda para o fazer, 10,0% necessita de pequena ajuda e 70,0% é independente.

Considerando a “*mobilidade*” constatamos que nenhum dos elementos da amostra se encontra imobilizado, 14,4% é independente em cadeira de rodas, 10,0% deambula com ajuda e 75,6% é independente.

Tabela 4 – Dados sobre níveis de funcionalidade nas ABVD dos Idosos

<i>Variáveis</i>	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Higiene Pessoal</b>						
Necessita de Ajuda	9	10,0	19	21,1	28	31,1
Independente	24	26,7	38	40,2	62	68,9
<b>Evacuar</b>						
Incontinente	1	1,1	10	11,1	11	12,2
Acidentes ocasionais	2	2,2	3	3,3	5	5,6
Continente	30	33,3	44	48,9	74	82,2
<b>Urinar</b>						
Incontinente	3	3,3	14	15,6	17	18,9
Acidentes ocasionais	7	7,8	15	16,7	22	24,4
Continente	23	25,6	28	31,1	51	56,7
<b>Ir ao Wc</b>						
Dependente	2	2,2	9	10,0	11	12,2
Necessita de Ajuda	10	11,1	17	18,9	27	30,0
Independente	21	23,2	31	34,4	52	57,8
<b>Alimentar-se</b>						
Incapaz	-	-	-	-	-	-
Necessita de Ajuda	8	8,9	15	16,7	23	25,6
Independente	25	27,8	42	26,7	67	74,4
<b>Transferências</b>						
Incapaz	-	-	-	-	-	-
Grande Ajuda	5	5,6	13	14,4	18	20,0
Pequena Ajuda	3	3,3	6	6,7	9	10,0
Independente	25	27,8	38	42,2	63	70,0
<b>Mobilidade</b>						
Imobilizado	-	-	-	-	-	-
Independente na cadeira	2	2,2	11	12,2	13	14,4
Anda com ajuda	5	5,6	4	4,4	9	10,0
Independente	26	28,9	42	46,7	68	75,6
<b>Vestir-se</b>						
Dependente	5	5,6	14	15,6	19	21,1
Necessita de Ajuda	13	14,4	18	20,0	31	34,4
Independente	15	16,7	25	27,8	40	44,4
<b>Escadas</b>						
Incapaz	10	11,1	27	30,0	37	41,1
Necessita ajuda	8	8,9	7	7,8	15	16,7
Independente	15	16,7	23	25,6	38	42,2
<b>Banho</b>						
Dependente	19	21,1	37	41,1	56	62,2
Independente	14	15,6	20	22,2	34	37,8
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>36,7</b>	<b>57</b>	<b>63,3</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

Os dados relativos à função “vestir-se” mostram uma maior distribuição pelos níveis de capacidade para o fazer. Assim 44,4% é independente nesta função, 34,4% necessita de ajuda e 21,1% é dependente.

A análise da função “escadas” mostra que 41,1% dos idosos é incapaz de o fazer, 16,7% necessita de ajuda para o fazer e 42,2% é independente.

Quanto à função “banho” constatamos que a maioria (62,2%) é dependente nesta atividade e apenas 37,8% é independente.

*Em resumo* podemos afirmar que este grupo de idosos é mais independente nas

atividades evacuar, mobilidade, alimentação, transferências e higiene pessoal; contrariamente a maior dependência recai sobre o banho, o vestir-se e subir escadas.

### ***Classificação da (In)dependência***

Os autores da escala propõe níveis classificativos de dependência segundo os valores globais apresentados na tabela 5.

Deste modo podemos constatar que metade (50,0%) dos idosos inquiridos apresenta dependência ligeira, 31,1% é totalmente independente, 8,9% apresenta dependência moderada, 5,6% apresenta dependência grave e apenas 4,4% apresenta dependência total. Os valores percentuais mostram que os elementos do género feminino apresentam níveis superiores de dependência quando comparados com os do género masculino.

Tabela 5 – Níveis da (In) dependência dos Idosos

<i>Níveis</i>	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Dependência Total (&lt; 20)</b>	-	-	4	4,4	4	4,4
<b>Dependência Grave (20-30)</b>	1	1,1	4	4,4	5	5,6
<b>Dependência Moderada (35-45)</b>	2	2,2	6	6,7	8	8,9
<b>Dependência Ligeira (&gt; 45)</b>	19	21,1	26	28,9	45	50,0
<b>Independente (= 100)</b>	11	12,2	17	18,9	28	31,1
<b><i>Total</i></b>	<b>33</b>	<b>36,7</b>	<b>57</b>	<b>63,3</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

### ***Opinião dos idosos sobre aspetos relativos a sua saúde***

Os dados da tabela 6 mostram que relativamente à questão “saúde” apenas 4,4% dos elementos da amostra acha que esta é muito boa, 17,8% classifica-a como boa, 35,6% classifica-a como razoável e 42,3% diz mesmo que é má e muito má.

### ***Realização de programas de reabilitação***

Tendo em conta os níveis de dependência, procurámos indagar se algum dia fizeram programas de reabilitação: as respostas demonstram que a maioria (52,3%) dos inquiridos já fez estes programas, e 46,7% responde negativamente. Entre homens e mulheres não se encontram diferenças significativas.

### ***A que profissional recorreu?***

No seguimento da questão anterior, quisemos saber a que grupo profissional tinham recorrido: as respostas mostram que 46,7% não respondeu como era de esperar e aqueles que frequentaram programas de reabilitação o fizeram (46,7%) com fisioterapeutas, apenas 1,1% recorreu ao Enfermeiro de reabilitação, 2,2% com o terapeuta da fala e outros técnicos.

### ***Benefícios da reabilitação na saúde***

Um outro aspeto que procurámos saber relaciona-se com os benefícios que acharam que estes programas lhe trouxeram á sua saúde. Constatámos pelas respostas que 67,8% dos participantes entende que os contributos foram positivos, 14,4% acha mesmo que não trouxe benefícios nenhuns e 17,8% refere não saber responder.

Tabela 6 – Dados sobre aspetos da Saúde dos Participantes

VARIÁVEIS \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>A MINHA SAÚDE</b>						
Muito boa	2	2,2	2	2,2	4	4,4
Boa	9	10,0	7	7,8	16	17,8
Razoável	17	18,9	15	16,7	32	35,6
Má	5	5,6	18	20,0	23	25,6
Péssima	-	-	15	16,7	15	16,7
<b>REALIZOU REABILITAÇÃO</b>						
Sim	19	21,1	29	32,2	48	53,3
Não	14	15,6	28	31,1	42	46,7
<b>SE SIM, QUE PROFISSIONAL</b>						
Não Respondeu	14	15,6	28	31,1	42	46,7
Enfermeiro reabilitação	-	-	1	1,1	1	1,1
Fisioterapeuta	18	20,0	24	26,7	42	46,7
Psicomotricista	-	-	1	1,1	1	1,1
Osteopata	-	-	1	1,1	1	1,1
Terapeuta da fala	1	1,1	1	1,1	2	2,2
Terapeuta Ocupacional	-	-	-	-	-	-
Outro	-	-	1	1,1	1	1,1
<b>BENEFICIOS PARA SAÚDE</b>						
Sim	28	31,1	33	36,7	61	67,8
Não	4	4,4	9	10,0	13	14,4
Não sei	1	1,1	15	16,7	16	17,8
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>36,7</b>	<b>57</b>	<b>63,3</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

### **Secção III – Caracterização do contexto familiar dos Participantes**

As informações que seguidamente apresentamos referem-se apenas ao contexto familiar que envolve os participantes no estudo.

#### ***Número de filhos***

Perguntámos aos nossos participantes se tinham filhos e qual o seu número: a tabela 9 mostra que 28,9% não tem filhos, 30,0% tem entre 1 ou 2 filhos, 21,1% tem entre 3 a 4 e 20,0% tem um número igual ou superior a 5 filhos.

#### ***Residência dos filhos***

Na sequência desta questão quisemos conhecer o local de residência desses filhos: as respostas dadas mostra que 60,0% refere o estrangeiro o que não nos surpreende se tivermos em conta as condições sociopolíticas que vivemos no nosso país. Vimos ainda que 26,7% reside no mesmo País, 15,6% reside no mesmo Distrito e apenas 13,3% reside na mesma localidade.

#### ***Quem o costuma visitar***

Confrontados com a questão “quem o costuma visitar habitualmente?” a maioria (57,8%) diz ser visitado pelos filhos, seguindo-se os parentes próximos com 23,3% e os vizinhos e amigos para 17,7% deles.

De não desvalorizar o facto de 7,8% dos nossos inquiridos responder não ser visitado por ninguém.

#### ***Periodicidade das visitas***

Um outro dado que quisemos conhecer foi a periodicidade das visitas: verificámos pelas respostas (cf. Tabela 7) que para 30,0% dos inquiridos estas são semanais, 14,4% diz serem trimestrais, 12,2% é visitado anualmente e para 10,0% são semestrais.

Tabela 7 – Caracterização do contexto familiar dos Participantes

VARIÁVEIS \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Nº DE FILHOS</b>						
Sem Filhos	12	13,1	141	15,6	26	28,9
1-2	11	12,2	16	17,8	27	30,0
3-4	7	7,8	12	13,3	19	21,1
≥ 5	3	3,3	15	16,7	18	20,0
<b>RESIDÊNCIA DOS FILHOS</b>						
Mesma localidade	3	3,3	9	10,0	12	13,3
Mesmo Distrito	5	5,6	9	10,0	14	15,6
Mesmo País	8	8,9	16	17,8	24	26,7
Estrangeiro	15	16,7	39	43,3	54	60,0
<b>QUEM O VISITA</b>						
Filhos	15	16,7	37	41,1	52	57,8
Irmãos	7	7,8	8	8,9	15	16,7
Parentes próximos	9	10,0	12	13,3	21	23,3
Amigos	5	5,6	8	8,9	13	14,4
Vizinhos	-	-	3	3,3	3	3,3
Ninguém	4	4,4	3	3,3	7	7,8
<b>PERIODICIDADE VISITAS</b>						
Diariamente	1	1,1	6	6,7	7	7,8
Semanalmente	9	10,0	18	20,0	27	30,0
Quinzenalmente	1	1,1	5	5,6	6	6,7
Mensalmente	6	6,7	4	4,4	10	11,1
Trimestralmente	5	5,6	8	8,9	13	14,4
Semestralmente	4	4,4	5	5,6	9	10,0
Anualmente	3	3,3	8	8,9	14	12,2
Nunca	4	4,4	3	3,3	7	7,8

\* De realçar que estas questões permitem assinalar mais que uma resposta razão pelo qual omitimos os totais na tabela.

### Funcionalidade familiar

A funcionalidade familiar tem sido destacada como um fator que causa “efeitos intensos na satisfação geral da vida”, por isso aplicámos a escala de Apgar familiar, que tem por objetivo avaliar a funcionalidade familiar percebida pelos inquiridos.

A tabela 8 mostra que 73,3% dos idosos acha que a sua família é altamente funcional, 8,9% classifica-a como moderadamente funcional, e 17,8% acha ter disfunções acentuadas.

A comparação por género mostra que existe uma ligeira diferença na distribuição entre homens e mulheres uma vez que as mulheres tem percepções mais positivas.

Tabela 8 - Distribuição dos idosos pelos níveis de funcionalidade familiar

GRUPOS FUNCION. FAMILIAR	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Disfunção acentuada	9	10,0	7	7,8	16	17,8
Moderada disfunção	4	4,4	4	4,4	8	8,9
Altamente funcional	20	22,0	46	51,1	66	73,3
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>36,7</b>	<b>57</b>	<b>63,3</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

#### Secção IV – Caraterização Situacional dos Participantes

Os resultados que seguidamente apresentamos referem-se ao contexto institucional em que se desenvolve o dia-a-dia dos idosos em estudo.

##### Motivo do internamento

Achámos relevante conhecer os motivos que conduziram os participantes ao internamento: assim pudemos verificar que 66,7% atribui o internamento à dificuldade em auto cuidar-se (prevalecendo esta razão no sexo feminino), 14,4% refere ter sido por preferência própria em residir em instituições, apesar de ter família e 8,9% manifestou tê-lo feito por sentir falta de apoio familiar.

O facto de não ter família, constitui o motivo central do internamento para 4,4% dos idosos. A falta de recursos económicos curiosamente não é apontada e as condições de acesso aos serviços de saúde são igualmente razões apontadas por 3,3% dos idosos.

##### Iniciativa do internamento

Depois de conhecidos os motivos que levaram os idosos ao internamento quisemos também conhecer de onde partiu a iniciativa: ficámos a saber que 47,8% foi trazido por familiares, 43,3% veio por iniciativa própria, e apenas 6,7% dos idosos, ingressaram no lar por intervenção de técnicos do serviço social.

##### Tempo de internamento

Quanto ao tempo de internamento, pudemos constatar que 53,3% dos idosos tem internamentos que oscilam entre 1 e 5 anos, 28,9% inferior a um ano e os restantes

elementos, períodos superiores a 6 anos. O tempo de internamento entre homens e mulheres não revela diferenças.

### Residência preferida

Como refere Martins (2006) o ingresso em residências para idosos tem sido descrito por vários autores como sendo um misto de voluntário e compulsivo, e por isso lhes perguntámos “se pudesse residir noutra local qual a sua preferência?”. As respostas que obtivemos mostram que o maior grupo percentual (43,3%) dos idosos responde preferir estar no lar, 40,0% regressaria à sua própria casa, 4,4% optaria por residir num local mais próximo de casa, 10% com os familiares e há ainda um pequeno grupo (2,2%) que optou por não responder.

Tabela 9 - Caracterização Institucional dos Participantes

VARIÁVEIS	GÉNERO		FEMININO		TOTAL	
	MASCULINO		N	%	N	%
<b>MOTIVO DO INTERNAMENTO</b>						
Dificuldade em auto Cuidar-se	20	22,2	40	44,4	60	66,7
Falta de Recursos económicos	-	-	-	-	-	-
Falta de habitação condigna	2	2,2	-	-	2	2,2
Não tem família	1	1,1	3	3,3	4	4,4
Falta de apoio familiar	4	4,4	4	4,4	8	8,9
Preferência de viver em Lar embora tenha família	5	5,6	8	8,9	13	14,4
Dificuldade de acessos aos Serviços de Saúde	1	1,1	2	2,2	3	3,3
<b>INICIATIVA DO INTERNAMENTO</b>						
Por iniciativa própria	19	21,1	20	22,2	39	43,3
Trazido por familiares	10	11,1	33	36,7	43	47,8
Trazido por amigos	1	1,1	1	1,1	2	2,2
Trazido por técnicos de ação social	3	3,3	3	3,3	6	6,7
<b>TEMPO DE INTERNAMENTO</b>						
<1	6	6,7	20	22,2	26	28,9
1-5	22	24,4	26	28,9	48	53,3
6-10	2	2,2	8	8,9	10	11,1
>10	3	3,3	3	3,3	6	6,7
<b>RESIDÊNCIA PREFERIDA</b>						
Não Respondeu	1	1,1	1	1,1	2	2,2
Casa própria	13	14,4	23	25,6	36	40,0
Aqui	13	14,4	26	28,9	39	43,3
Residência mais próxima de casa	3	3,3	1	1,1	4	4,4
Com a família	3	3,3	6	6,7	9	10,0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>36,7</b>	<b>57</b>	<b>63,3</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

### Opiniões sobre as vivências no lar

Com o objetivo de conhecer de forma mais aprofundada a percepção dos idosos sobre as suas vivências no lar colocámos-lhes algumas questões: deste modo e interrogados sobre se “*considera que no lar se **preocupam verdadeiramente consigo***” 47,8% dos idosos responde bastante, 37,8% acha mesmo que se preocupam muito e os restantes 14,4% expressam opiniões menos positivas.

Analisando as opiniões por género encontramos algumas divergências uma vez que as respostas mais positivas prevalecem nos indivíduos do género masculino.

As **relações que mantêm com os outros residentes** são percebidas pela maioria (52,2%) dos idosos como “muito boas”, 40,0% afirma ser “boas” e apenas 7,8% deles, acha que “não são boas nem más”.

De forma idêntica é avaliada a **relação que estabelecem com os funcionários** do lar, na medida em que 70,0% dos idosos classificam-na como sendo “muito boas”, 27,8% “boa” e os restantes avaliam-na de uma forma menos positiva.

Já relativamente à **privacidade**, as opiniões mantêm-se pois verificamos que 41,1% deles a acha “muito boa” 45,6% classificou-a como “boa” e 7,8% entende que esta “não é boa nem má”.

As opiniões que expressam sobre a **alimentação**, são de um modo geral e pela maioria avaliadas positivamente, sendo que esta é “boa” para 58,9%, e “muito boa” para 33,3% dos idosos. Não obstante 7,8% adota uma posição mais neutra ao referir que a alimentação não é “boa nem má” e ninguém demonstra desagrado total.

Tabela 10 - Opiniões dos Idosos sobre as vivências no Lar

VARIÁVEIS \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>PREOCUPAÇÃO DO LAR</b>						
Muito	12	13,3	22	24,4	34	37,8
Bastante	16	17,8	27	30,0	43	47,8
Às vezes	5	5,6	6	6,7	11	12,2
Pouco	-	-	2	2,2	2	2,2
Muito Pouco	-	-	-	-	-	-
<b>RELAÇÕES COM RESIDENTES</b>						
Muito Boas	16	17,8	31	34,4	47	52,2
Boas	14	15,6	22	24,4	36	40,0
Nem Boas nem Más	3	3,3	4	4,4	7	7,8
Más	-	-	-	-	-	-
Muito Más	-	-	-	-	-	-
<b>RELAÇÕES COM PESSOAL LAR</b>						
Muito Boas	20	22,2	43	47,8	63	70,0
Boas	12	13,3	13	14,4	25	27,8
Nem Boas nem Más	1	1,1	1	1,1	2	2,2
Más	-	-	-	-	-	-
Muito Más	-	-	-	-	-	-
<b>PRIVACIDADE</b>						
Muito Boas	11	12,2	26	28,9	37	41,1
Boas	19	21,1	22	24,4	41	45,6
Nem Boas nem Más	2	2,2	8	8,9	10	11,1
Más	1	1,1	1	1,1	2	2,2
Muito Más	-	-	-	-	-	-
<b>ALIMENTAÇÃO</b>						
Muito Boas	11	12,2	19	21,1	30	33,3
Boas	20	22,2	33	36,7	53	58,9
Nem Boas nem Más	2	2,2	5	5,6	7	7,8
Más	-	-	-	-	-	-
Muito Más	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>36,7</b>	<b>57</b>	<b>63,3</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

### Saídas do lar e aspetos que mais desagradam aos idosos

O “isolamento do meio exterior” dos idosos institucionalizados tem sido uma questão de carácter negativo apontada em vários estudos: para validar este pressuposto quisemos conhecer a frequência com que estes saem do lar. As opiniões transmitidas mostram que 23,3% não sai nunca, 20,0% fá-lo diariamente, 15,6% anualmente, 5,6% dos inquiridos sai semanalmente, 6,7% mensalmente e quinzenalmente.

A institucionalização exige ao idoso, o abandono do seu espaço conhecido e vivido, obrigando-os a uma adaptação a um novo ambiente. Este pressuposto teórico induziu-nos ao conhecimento dos aspetos mais significativos do seu desagrado: assim, para 72,2% dos idosos não há nada que lhe desagrade em viver no lar; prevalecem as “saudades da família

e dos amigos” para 11,1%; segue-se para 6,7% o estar “longe de casa e das suas coisas”. Há ainda o convívio com outros residentes e funcionários apontadas por 5,6%, a desigualdade de tratamento para 1,1% dos residentes e a solidão sentida e referida por 3,3% deles sendo estes últimos do sexo feminino.

Tabela 11 – Frequência das saídas do lar e aspetos que mais desagradam aos Idosos

VARIÁVEIS	GÉNERO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SAIDAS DO LAR</b>								
Diariamente	12	13,3	6	6,7	18	20,0		
Semanalmente	3	3,3	2	2,2	5	5,6		
Quinzenalmente	1	1,1	5	5,6	6	6,7		
Mensalmente	1	1,1	5	5,6	6	6,7		
Trimestralmente	2	2,2	8	8,9	10	11,1		
Semestralmente	3	3,3	7	7,8	10	11,1		
Anualmente	5	5,6	9	10,0	14	15,6		
Nunca	6	6,7	15	16,7	21	23,3		
<b>O QUE DESAGRADA</b>								
Nada	27	30,0	38	42,2	65	72,2		
Estar longe da Família	1	1,1	9	10,0	10	11,1		
Convívio com os outros residentes e funcionários	2	2,2	3	3,3	5	5,6		
Estar longe de casa e das suas coisas	2	2,2	4	4,4	6	6,7		
Desigualdade de tratamento	1	1,1	-	-	1	1,1		
Solidão	-	-	3	3,3	3	3,3		
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>36,7</b>	<b>57</b>	<b>63,3</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>		

## Secção V – Atividades de Lazer praticadas pelos Idosos

Com as questões colocadas nesta secção, quisemos conhecer o modo e preferências dos nossos idosos relativamente às práticas de atividades lúdicas. Nesse sentido começamos por analisar a forma como se distribuíam os idosos pelas diferentes atividades.

Assim considerando a **leitura**, constatamos que a maioria (77,8%) dos inquiridos lê pouco ou muito pouco, seguindo-se 16,7% que lê muito/bastante e por fim 5,6% que refere nem muito nem pouco. Os homens têm hábitos de leitura superior as mulheres.

Já o ver **televisão** é de facto um passatempo muito utilizado pelos elementos da nossa amostra. Como podemos constatar a maioria (56,7%) vê televisão muito/bastante, 22,2% nem muito nem pouco e 21,1% pouco e muito pouco.

**Ouvir música** é uma atividade de lazer que se distribui com equilíbrio pelos idosos na medida em que 33,3% ouve muito/bastante, 27,8% nem muito nem pouco e 38,9% ouve pouco e muito pouco.

Já o **fazer tricô** é uma atividade de lazer que tem pouco significado neste grupo uma vez que 95,6% diz “nem muito nem pouco” e apenas 4,4% diz fazê-lo muito/bastante sendo estes idosos do género feminino.

**Jogar cartas** é uma atividade com pouco interesse para este grupo de idosos uma vez que 93,3% diz fazê-lo “pouco ou muito pouco” e apenas 2,2% diz fazê-lo muito/bastante e os restantes 4,4% nem muito nem pouco.

**Conversar com os amigos**, é de fato um passatempo muito utilizado pelos elementos da nossa amostra. Como podemos constatar a maioria (71,1%) conversa muito/bastante, 23,3% nem muito nem pouco e apenas 5,6% diz pouco e muito pouco.

Relativamente ao **passar**, verificamos que é um passatempo pouco utilizado pelos elementos da nossa amostra. Como podemos constatar metade dos idosos (50,0%) passeia “pouco /muito pouco” 30,0% muito/bastante e 20,0% refere nem muito nem pouco.

**Fazer jardinagem** é também uma atividade pouco praticada por este grupo de idosos uma vez que 95,6% diz fazê-lo “pouco ou muito pouco” 2,2% diz fazê-lo nem muito nem pouco e o mesmo valor percentual 2,2% muito/bastante.

De modo similar **praticar horticultura** é também uma atividade com pouco significado para o grupo uma vez que 86,7% diz fazê-lo “pouco ou muito pouco” ninguém refere “nem muito nem pouco” e apenas 3,3% dos idosos diz muito/bastante.

**Em resumo**, estes dados permitem-nos inferir que as principais tendências ocupacionais deste grupo de idosos são “conversar com amigos” (71,1%) ver televisão (56,7%) ouvir música (33,3%) e passear (30,0%).

Tabela 12 – Distribuição dos Idosos pelas atividades de lazer

VARIÁVEIS \ GÊNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>LER</b>						
Muito/Bastante	9	10,0	6	6,7	15	16,7
Nem muito nem pouco	4	4,4	1	1,1	5	5,6
Pouco/Muito pouco	20	22,2	50	55,6	70	77,8
<b>VER TELEVISÃO</b>						
Muito/Bastante	20	22,2	31	34,4	51	56,7
Nem muito nem pouco	7	7,8	13	14,4	20	22,2
Pouco/Muito pouco	6	6,7	13	14,4	19	21,1
<b>OUVIR MUSICA</b>						
Muito/Bastante	11	12,2	19	21,1	30	33,3
Nem muito nem pouco	9	10,0	16	17,8	25	27,8
Pouco/Muito pouco	13	14,4	22	24,4	35	38,9
<b>FAZER TRICÔT</b>						
Muito/Bastante	-	-	4	4,4	4	4,4
Nem muito nem pouco	33	36,7	53	58,9	86	95,6
Pouco/Muito pouco	-	-	-	-	-	-
<b>JOGAR AS CARTAS</b>						
Muito/Bastante	1	1,1	1	1,1	2	2,2
Nem muito nem pouco	4	4,4	-	-	4	4,4
Pouco/Muito pouco	28	31,1	56	62,2	84	93,3
<b>CONVERSAR COM AMIGOS</b>						
Muito/Bastante	22	24,4	42	46,7	64	71,1
Nem muito nem pouco	9	10,0	12	13,3	21	23,3
Pouco/Muito pouco	2	2,2	3	3,3	5	5,6
<b>PASSEAR</b>						
Muito/Bastante	14	15,6	13	14,4	27	30,0
Nem muito nem pouco	8	8,9	10	11,1	18	20,0
Pouco/Muito pouco	11	12,2	34	37,8	45	50,0
<b>FAZER JARDINAGEM</b>						
Muito/Bastante	1	1,1	1	1,1	2	2,2
Nem muito nem pouco	1	1,1	1	1,1	2	2,2
Pouco/Muito pouco	31	34,4	55	61,1	86	95,6
<b>FAZER HORTICULTURA</b>						
Muito/Bastante	2	2,2	1	1,1	3	3,3
Nem muito nem pouco	-	-	-	-	-	-
Pouco/Muito pouco	31	34,4	56	52,2	87	86,7
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>36,7</b>	<b>57</b>	<b>63,3</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

Na sequência das questões anteriores quisemos ainda saber como estes idosos sentem que aproveitam o tempo de lazer: os dados da tabela 13 mostram que 71,1% deles acha que o aproveita ao máximo ao contrário de 28,9% que responde não.

Um outro dado que nos pareceu relevante foi dizerem-nos como gostariam de ocupar o tempo livre. As respostas mostram que a maioria (55,6%) prefere não fazer nada, 18,9% gosta de praticar atividade física, 11,1% trabalhos manuais e os restantes distribuem-se por agricultura/horticultura, atividades culturais e estar com a família.

Tabela 13 – Perceções sobre aproveitamento dos tempos livres

VARIÁVEIS	GÉNERO		FEMININO		TOTAL	
	MASCULINO					
	N	%	N	%	N	%
<b>SENTE QUE APROVEITA TEMPO</b>						
Sim	25	27,8	39	43,3	64	71,1
Não	8	8,9	18	20,0	26	28,9
<b>COMO GOSTA DE OCUPAR</b>						
Nada	15	16,7	35	38,9	50	55,6
Atividades manuais	5	5,6	5	5,6	10	11,1
Atividade Física	5	5,6	12	13,3	17	18,9
Agricultura/horticultura	4	4,4	3	3,3	7	7,8
Atividades culturais	2	2,2	2	2,2	4	4,4
Estar com a Família	2	2,2	-	-	2	2,2
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>36,7</b>	<b>57</b>	<b>63,3</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

## Secção VI – Espiritualidade dos Participantes

Numa análise descritiva das dimensões e da *espiritualidade global* podemos constatar que a espiritualidade global oscila entre um valor mínimo de 10 e um máximo de 20, correspondendo-lhe uma média de 16,00 um desvio padrão de 2,74 e um coeficiente de variação de 17,12%, o que nos indica a existência de uma baixa dispersão em torno da média.

Analisando a dimensão *crenças* verificamos, que oscila entre um valor mínimo de 4 e um máximo de 8, correspondendo-lhe uma média de 7,43 um desvio padrão de 1,06 e um coeficiente de variação de 14,26%, o que nos indica também a existência de uma dispersão baixa em torno da média.

Já a dimensão *esperança* oscila entre um valor mínimo de 3 e um máximo de 12, correspondendo-lhe uma média de 8,56 um desvio padrão de 2,27 e um coeficiente de variação de 26,51%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

Podemos dizer que este grupo é mais esperançoso do que crente sendo a sua espiritualidade moderada.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das dimensões esperança e espiritualidade global é simétrica e platicúrtica e as crenças é simétrica e leptocúrtica.

Tabela 14 – Estatísticas descritivas da espiritualidade dos Participantes

<i>Espiritualidade</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	$\bar{x}$	<i>Dp</i>	<i>Sk/erro</i>	<i>K/erro</i>	<i>CV (%)</i>
<b>Crenças</b>	4	8	7,43	1,06	-7,14	4,77	14,26
<b>Esperança</b>	3	12	8,56	2,27	-1,05	-1,20	26,51
<b>Espiritualidade Global</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>16,00</b>	<b>2,74</b>	<b>-1,01</b>	<b>-1,63</b>	<b>17,12</b>

## Secção VII – Satisfação com a vida apresentada pelos Participantes

Nesta secção, quisemos conhecer o grau de satisfação com a vida apresentada pelos nossos idosos. Para o efeito utilizámos uma escala de satisfação com a vida validada para a população portuguesa por Simões (1992).

Os dados expressos na tabela 15 mostram que a satisfação da amostra total oscila entre um valor mínimo de 5 e um máximo de 25, correspondendo-lhe uma média de 18,12 um desvio padrão de 5,22 e um coeficiente de variação de 28,80%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

A análise por género revela que entre valores min. e max. Não existem grandes diferenças, contudo os valores das médias demonstram que os homens (18,36) estão mais satisfeitos com a vida do que as mulheres (17,98).

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis) levam-nos a concluir que a variável satisfação com a vida é simétrica e platicúrtica.

Tabela 15 - Estatísticas descritivas da satisfação com a vida dos idosos

<i>Satisfação com a vida</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	$\bar{x}$	<i>Dp</i>	<i>Sk/erro</i>	<i>K/erro</i>	<i>CV (%)</i>
<b>Masculino</b>	33	6	25	18,36	4,50	-1,37	0,33	24,5
<b>Feminino</b>	57	5	25	17,98	5,62	-1,98	-0,74	31,25
<b>Amostra total</b>	<b>90</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>18,12</b>	<b>5,22</b>	<b>-2,49</b>	<b>-0,45</b>	<b>28,80</b>

De acordo com a pontuação obtida, e considerando a inexistência de grupos de corte, foi aplicada a fórmula apresentada por Pestana & Gageiro (2005) para a constituição dos grupos: (Média  $\pm$  0.25 dp) conforme referido no capítulo da metodologia.

Os dados da tabela 16 mostram que 37,8% dos idosos está muito satisfeito com a vida, 27,8% está moderadamente satisfeito e 34,4% está insatisfeito.

Verificamos ainda que as mulheres estão mais insatisfeitas com a vida do que os homens.

Tabela 16 – Níveis de satisfação dos Idosos

GÉNERO \ SATISFAÇÃO COM A VIDA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Baixa satisfação	12	13,3	19	21,1	31	34,4
Satisfação moderada	11	12,2	14	15,6	25	27,8
Satisfação elevada	10	11,1	24	26,7	34	37,8
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>36,7</b>	<b>57</b>	<b>63,3</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

## Secção VIII – Perceção dos Idosos sobre o futuro e necessidades

O objetivo das questões que foram introduzidas nesta secção era conhecer a perceção dos participantes sobre o futuro e sobre as suas principais necessidades.

Os dados encontrados na tabela 17 mostram que a maioria dos idosos, não planeia tarefas (74,4%), não faz planos futuros (84,4%), e sente receio do futuro (63,3%).

Existem alguns “mitos” na atualidade de que os idosos sofrem maioritariamente de tristeza e solidão: Questionados sobre estes aspetos verificamos que 75,6% delas manifesta tristeza e apenas 24,4 diz o contrário. Quanto à solidão também 64,4% o manifesta ao inverso de 35,6% que refere não sentir solidão.

Na sequência das questões anteriores e o fato de muito dos medos sentidos pelos idosos, se relacionarem com a deterioração, sofrimento e morte, levou-nos a avaliar o modo como encaram a possibilidade de uma doença grave e/ou morte.

Os dados mostram que 41,1% encara estas situações com “tranquilidade” 35,6% tem “medo de sofrer” e 23,3% tem “receio de incomodar os outros”. De realçar que nenhum dos idosos manifesta sentimentos de revolta.

Verificamos ainda que são as mulheres que na maioria das questões colocadas apresenta uma postura mais negativa face aos homens.

Tabela 17 – Perceção dos Idosos sobre o futuro e necessidades

VARIÁVEIS	GÉNERO		FEMININO		TOTAL	
	MASCULINO		N	%	N	%
	N	%	N	%	N	%
<b>PLANEIA TAREFAS</b>						
Sim	15	16,7	8	8,9	23	25,6
Não	18	20,0	49	54,4	67	74,4
<b>PLANOS FUTUROS</b>						
Sim	7	7,8	7	7,8	14	15,6
Não	26	28,9	50	55,6	76	84,4
<b>RECEIO DO FUTURO</b>						
Sim	8	8,9	25	27,8	33	36,7
Não	25	27,8	32	35,6	57	63,3
<b>SENTE TRISTEZA</b>						
Sim	20	22,2	48	53,3	68	75,6
Não	13	14,4	9	10,0	22	24,4
<b>SENTE SOLIDÃO</b>						
Sim	20	22,2	38	42,2	58	64,4
Não	13	14,4	19	21,1	32	35,6
<b>COMO VÊ DOENÇA/MORTE</b>						
Medo por receio de sofrer	10	11,1	22	24,4	32	35,6
Receio por incomodar os outros	6	6,7	15	16,7	21	23,3
Revolta	-	-	-	-	-	-
Tranquilidade	17	18,9	20	22,2	37	41,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>36,7</b>	<b>57</b>	<b>63,3</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

## Secção IX – Perceção dos Idosos sobre o seu investimento na vida Pessoal

O desenvolvimento de cada indivíduo no seu meio é influenciada por múltiplos fatores, que vão desde situações concretas experimentadas à escala de investimentos pessoais. A

avaliação subjetiva de cada indivíduo sobre as condições que o envolveram ao longo da vida tem sido um aspecto enfatizado por muitos dos investigadores como fundamental na satisfação e felicidade dos idosos. Estas foram as razões que nos levaram a querer perceber como investiram os idosos da nossa amostra na sua vida pessoal.

As estatísticas descritivas da tabela 18 revelam-nos que relativamente á variável **saúde** a maioria (42,2%+34,4%) entende que investiu muito e muitíssimo, 16,7% mais ou menos e 6,6 pouco e muito pouco, não havendo diferenças entre homens e mulheres.

Quanto ao **funcionamento intelectual**, a percepção varia pois (22,2%+ 24,4%) percebe pouco e muito pouco investimento, 16,7% mais ou menos e 36,7% acha que investiu muito e muitíssimo estando este ultimo entendimento mais presente nos homens.

Já no que se refere aos **passatempos** e interesses os idosos repartem-se entre os que acham que investiram muito e pouco.

Considerando as **relações com os amigos** a maioria (41,1%+14,4%) percebe que investiu muito e muitíssimo, 25,6% mais ou menos e os restantes 18,8% acha que investiu pouco e muito pouco. Também nesta variável os homens investiram mais que as mulheres.

Quanto à **sexualidade** os dados revelam a maioria (82,2%) entende que investiu muito pouco, 11,1% pouco, 4,4% mais ou menos e apenas 2,2% investiu muito. A alternativa muitíssimo não foi assinalada por nenhum idoso. Também aqui se nota algum desinteresse por parte das mulheres.

Opiniões inversas encontramos no que diz respeito ao investimento no **bem-estar da família**: assim 70,0% acha que investiu muitíssimo, 17,8% muito, 6,7 mais ou menos e os restantes 5,6% acha que investiu muito pouco. Nesta variável as mulheres acham ter investido mais que os homens.

Ao analisar a **independência** constatamos que a maioria (30,0%+34,4%) percebe que investiu muito e muitíssimo, 25,6% mais ou menos e os restantes 9,0% acha que investiu pouco e muito pouco.

Resultados similares encontramos relativamente à **vida como um todo** uma vez que 40,0% acha que investiu muito, 22,2% muitíssimo, 22,2% mais ou menos, 12,2% pouco e apenas 3,3% acha que investiu muito pouco na vida.

Finalmente, relativamente à **morte e ao morrer** constatamos que 30,0% acha que investiu muito, 26,7% muitíssimo, 21,1% mais ou menos, 5,6% pouco e 16,7% acha que investiu muito pouco. Nesta variável os homens investiram menos que as mulheres.

Tabela 18 – Distribuição dos Idosos segundo o investimento na vida pessoal

VARIÁVEIS	GÊNERO		FEMININO		TOTAL	
	MASCULINO		N	%	N	%
<b>SAUDE</b>						
Muito pouco	2	2,2	1	1,1	3	3,3
Pouco	-	-	3	3,3	3	3,3
Mais ou menos	8	8,9	7	7,8	15	16,7
Muito	15	16,7	23	25,6	38	42,2
Muitíssimo	8	8,9	23	25,6	31	34,4
<b>FUNCIONAMENTO INTELECTUAL</b>						
Muito pouco	3	3,3	17	18,9	20	22,2
Pouco	7	7,8	15	16,7	22	24,4
Mais ou menos	4	4,4	11	12,2	15	16,7
Muito	16	17,8	8	8,9	24	26,7
Muitíssimo	3	3,3	6	6,7	9	10,0
<b>PASSATEMPOS E INTERESSES</b>						
Muito pouco	1	1,1	14	15,6	15	16,7
Pouco	7	7,8	13	14,4	20	22,2
Mais ou menos	7	7,8	19	21,1	26	28,9
Muito	9	10,0	6	6,7	15	16,7
Muitíssimo	9	10,0	5	5,6	14	15,6
<b>RELAÇÕES COM AMIGOS</b>						
Muito pouco	-	-	4	4,4	4	4,4
Pouco	3	3,3	10	11,1	13	14,4
Mais ou menos	8	8,9	15	16,7	23	25,6
Muito	15	16,7	22	24,4	37	41,1
Muitíssimo	7	7,8	6	6,7	13	14,4
<b>SEXUALIDADE</b>						
Muito pouco	21	23,3	53	58,9	74	82,2
Pouco	10	11,1	-	-	10	11,1
Mais ou menos	1	1,1	3	3,3	4	4,4
Muito	1	1,1	1	1,1	2	2,2
Muitíssimo	-	-	-	-	-	-
<b>BEM-ESTAR DA FAMILIA</b>						
Muito pouco	1	1,1	4	4,4	5	5,6
Pouco	-	-	-	-	-	-
Mais ou menos	5	5,6	1	1,1	6	6,7
Muito	12	13,3	4	4,4	16	17,8
Muitíssimo	15	16,7	48	53,3	63	70,0
<b>INDEPENDENCIA</b>						
Muito pouco	-	-	2	2,2	2	2,2
Pouco	2	2,2	5	5,6	7	7,8
Mais ou menos	6	6,7	17	18,9	23	25,6
Muito	12	13,3	15	16,7	27	30,0
Muitíssimo	13	14,4	18	20,0	31	34,4
<b>VIDA COMO UM TODO</b>						
Muito pouco	-	-	3	3,3	3	3,3
Pouco	4	4,4	7	7,8	11	12,2
Mais ou menos	10	11,1	10	11,1	20	22,2
Muito	12	13,3	24	26,7	36	40,0
Muitíssimo	7	7,8	13	14,4	20	22,2
<b>A MORTE E MORRER</b>						
Muito pouco	7	7,8	8	8,9	15	16,7
Pouco	3	3,3	2	2,2	5	5,6
Mais ou menos	8	8,9	11	12,2	19	21,1
Muito	8	8,9	19	21,1	27	30,0
Muitíssimo	7	7,8	17	18,9	24	26,7
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>36,7</b>	<b>57</b>	<b>63,3</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

A escala de investimento aplicada pode variar entre 9 (min) e 45 (máx) sendo que, quanto maior o valor obtido maior o investimento (pensar e agir) feito na vida pessoal nas variáveis anteriormente descritas.

Os valores globais da escala para a amostra total oscilam entre um valor mínimo de 14 e um máximo de 40, correspondendo-lhe uma média de 29,87 um desvio padrão de 5,17 e um coeficiente de variação de 17,30%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

A análise por género revela que no caso dos homens o valor mínimo é de 14 e um máximo de 40, correspondendo-lhe uma média de 31,00 um desvio padrão de 4,43 e um coeficiente de variação de 14,29%, o que nos indica a existência de uma baixa dispersão em torno da média.

No caso das mulheres o valor mínimo é de 14 e o máximo de 40, correspondendo-lhe uma média de 29,22 um desvio padrão de 5,50 e um coeficiente de variação de 18,82%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skewness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis) mostram que a variável investimento na vida pessoal é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 19 – Estatísticas descritivas do investimento na vida pessoal dos idosos

<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>	$\bar{x}$	<b>Dp</b>	<b>Sk/erro</b>	<b>K/erro</b>	<b>CV (%)</b>
<b>Masculino</b>	33	23	40	31,00	4,43	0,29	-0,81	14,29
<b>Feminino</b>	57	14	40	29,22	5,50	-0,58	0,47	18,82
<b>Amostra Total</b>	<b>90</b>	<b>14</b>	<b>40</b>	<b>29,87</b>	<b>5,17</b>	<b>-0,81</b>	<b>0,51</b>	<b>17,30</b>

Pretendendo nós avaliar o investimento por níveis classificativos adotamos mais uma vez a formula sugerida por Pestana & Gageiro (2005) para a constituição dos grupos: (Média  $\pm$  0.25 dp).

Os resultados expressos na tabela 20 mostram que a percepção que os idosos tem sobre o seu investimento pessoal se distribuem de uma forma equitativa pelos três níveis, contudo o maior grupo percentual 37,8% percebe o seu investimento como elevado, 32,2% entende-o como baixo e o grupo mais reduzido (30,0%) acha que o investimento pessoal foi moderado.

A análise por género mostra que existem algumas diferenças: Assim os homens tendem a avaliar o investimento de uma forma mais positiva (como moderado /elevado) enquanto as mulheres tendem para o baixo e moderado.

Tabela 20 – Níveis classificativos do investimento dos Idosos

INVESTIMENTO \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Baixo	9	10,0	20	22,2	29	32,2
Moderado	9	10,0	18	20,0	27	30,0
Elevado	15	16,7	19	21,1	34	37,8
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>36,7</b>	<b>57</b>	<b>63,3</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

## 5.7 - ANÁLISE INFERENCIAL

Terminada a etapa da análise descritiva, passaremos a apresentar a análise inferencial uma vez que um dos principais objetivos da inferência estatística é a verificação de hipóteses e a generalização das suas relações.

Previamente à aplicação dos testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, foi verificada a igualdade da forma das distribuições das variáveis, (sendo no caso uma distribuição não normal) pois corroboramos com Pestana e Gageiro (2014) ao afirmarem que se trata de um requisito fundamental prévio à aplicação destes dois testes não paramétricos. Nas distribuições caracterizadas por grande heterogeneidade de forma e com um número baixo de casos em algumas categorias, optou-se pela recodificação de algumas variáveis independentes, o que aumentou, substancialmente, a homogeneidade das distribuições e a viabilização dos testes não paramétricos referidos.

**H1 – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações literárias e satisfação com o valor da reforma) e o investimento na vida pessoal dos Idosos?**

Para testar esta hipótese complexa iremos decompô-la em várias sub-hipóteses simples.

### **Género**

Para se perceber a associação existente entre género e o investimento dos idosos na vida pessoal, utilizámos um Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 21, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,274$ ) entre as duas variáveis em estudo.

Os valores da ordenação das médias (O.M.) demonstram que são os elementos do sexo masculino os que apresentam melhor media, o que significa que são também os que percecionam ter feito maior investimento na vida pessoal. Contudo somos levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que não existe associação entre género e o investimento na vida pessoal destes idosos.

Tabela 21 – Associação entre género e Investimento na Vida Pessoal

<b>Género</b>	<b>O.M.</b>	<b>U</b>	<b>P</b>
<b>Masculino</b>	49,23	817,500	0,274
<b>Feminino</b>	43,34		

### **Idade**

Para testar esta sub-hipótese foi aplicado um teste de Kruskal-Wallis. Constatamos pelos valores da tabela 22 que não existe significância estatística entre idade e investimento ( $p= 0,323$ ), apesar de se verificar que são os idosos com idade compreendida entre os 65 e os 75 anos aqueles que percecionam maior investimento.

Face a estes resultados, somos levados mais uma vez a rejeitar a sub-hipótese formulada.

Tabela 22 – Associação entre idade e Investimento na vida Pessoal

<b>Grupos etários</b>	<b>O.M</b>	$\chi^2$	<b>P</b>
<b>65-75</b>	54,43	2,259	0,323
<b>76-85</b>	43,12		
<b>≥86</b>	44,64		

### **Estado civil**

Para se perceber a associação existente entre estado civil e o investimento dos idosos na vida pessoal, começamos por recodificar a variável em três grupos, os casados e em união de facto, os viúvos e outros.

Seguidamente efetuámos um Teste Kruskal-Wallis que mostra (cf. tabela 23), que não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis descritas ( $p=0,784$ ).

Face a estes resultados, somos levados mais uma vez a rejeitar a sub-hipótese formulada.

Tabela 23 – Associação entre estado civil e Investimento na Vida Pessoal

Estado civil	O.M	$\chi^2$	P
<b>Casados</b>	43,91	0,488	0,784
<b>Viúvos</b>	46,68		
<b>Outros</b>	42,24		

### **Habilitações Literárias**

Aplicamos mais uma vez um teste de Kruskal-Wallis para testar a hipótese relativa às habilitações literárias e investimento. Os dados mostram que são os idosos com maiores habilitações que percecionam maior investimento na vida pessoal ( $M= 52,17$ ) sendo estas diferenças significativas ( $p= 0,041$ ).

Deste modo aceitamos a sub-hipótese afirmando que as habilitações nesta amostra estão associadas ao investimento na vida pessoal.

Tabela 24 – Associação entre habilitações literárias e Investimento na Vida Pessoal

Habilitações Literárias	O.M	$\chi^2$	P
<b>Analfabetos</b>	39,47	4,7943	0,041
<b>Sabe ler e escrever</b>	43,75		
<b>4ª Classe</b>	52,17		

### **Satisfação com o valor da reforma**

A análise da associação entre satisfação com o valor da reforma e a percepção dos idosos sobre o investimento na vida pessoal foi efetuada através do Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 25, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p= 0,639$ ) entre as duas variáveis em estudo, apesar do grupo dos Idosos satisfeito, apresentar ordenações médias mais elevadas ( $M=46,86$ ) que o insatisfeito.

Mais uma vez somos levados a rejeitar a hipótese formulada, dizendo que a percepção dos Idosos sobre o investimento na vida pessoal é independente da sua satisfação com o valor da reforma.

Tabela 25 – Associação entre Satisfação com a reforma e Investimento na vida Pessoal

Satisfação com a reforma	O.M.	U	P
Insatisfeito	44,41	945,500	0,638
Satisfeito	46,86		

**H2 – Existe associação entre as variáveis clínicas (níveis de dependência funcional, estado de saúde e programas de reabilitação) e o investimento na vida pessoal dos Idosos?**

### **Níveis de dependência funcional**

Para testar a sub-hipótese níveis de dependência funcional e investimento, recorreremos ao Teste de Kruskal-Wallis. A tabela 26 indica (pelos valores da média) que são os participantes independentes ou com dependência ligeira que percecionam ter investido mais na vida pessoal ( $M= 47,06$ ) sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,037$ ).

Assim sendo aceitamos a sub-hipótese afirmando que existe associação entre estas duas variáveis.

Tabela 26 – Associação entre Independência funcional e Investimento na vida Pessoal

(In)dependência	O.M	$\chi^2$	P
Dependência Grave e Total	43,83	2,362	0,037
Dependência Moderada	33,13		
Dependência ligeira/Independente	47,06		

### **Estado de Saúde**

Para testar a sub-hipótese percepção sobre o estado de saúde e o investimento na vida pessoal recorreremos ao Teste de Kruskal-Wallis. A tabela 27 indica (pelos valores da média) que são os participantes com percepções mais positivas do estado de saúde que apresentam valores médios mais elevados (M= 47,06) contudo as diferenças estatisticamente não são significativas ( $p = 0,265$ ).

Assim sendo rejeitamos a sub-hipótese afirmando que percepção dos Idosos sobre o investimento na vida pessoal é independente da sua percepção de saúde.

Tabela 27 – Associação entre estado de saúde e Investimento na Vida Pessoal

Estado de Saúde	O.M	$\chi^2$	P
<i>Boa/muito boa</i>	51,25	2,656	0,265
<i>Razoável</i>	47,44		
<i>Má/muito má</i>	40,84		

### **Realização de programas de reabilitação**

Para testar esta sub-hipótese recorreremos ao Teste U de Mann-Whitney (cf. tabela 28) que nos indica (pelos valores da média) que são os idosos que realizam programas de reabilitação os que apresentam médias mais elevadas (M= 45.74), porém as diferenças estatísticas não são estatisticamente significativas entre os respondentes ( $p = 0,921$ ).

Face aos resultados somos igualmente levados a rejeitar a hipótese formulada, dizendo que a realização de programas de reabilitação é independente do seu investimento na vida pessoal.

Tabela 28 – Associação entre realização de reabilitação e Investimento na Vida Pessoal

Realização de reabilitação	O.M.	U	P
Sim	45,74	996,500	0,921
Não	45,23		

**H3 – Existe associação entre as variáveis psicossociais (funcionalidade familiar, iniciativa do internamento, residência preferida, espiritualidade, planos futuros e satisfação com a vida) e o investimento na vida pessoal dos Idosos?**

### ***Funcionalidade familiar***

A funcionalidade familiar tem sido confirmada em vários estudos como uma variável fundamental no investimento na vida pessoal: com base neste pressuposto quisemos conhecer a associação existente entre estas duas variáveis.

Para o efeito, utilizou-se mais uma vez o Teste *Teste Kruskal-Wallis*. (cf. tabela 29) que nos leva a aceitar a hipótese formulada uma vez que o valor de ( $p= 0,020$ ) indica que existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis.

Constatamos ainda que a média mais elevada ( $M= 58,56$ ) corresponde aos Idosos que entendem ter uma família com moderada disfunção levando-nos a pensar que são estes que mais investiram na vida pessoal.

Tabela 29 – Associação entre funcionalidade familiar e Investimento na Vida Pessoal

Funcionalidade Familiar	O.M	$\chi^2$	P
Disfunção acentuada	45,22	3,031	0,020
Moderada disfunção	58,56		
Altamente funcional	40,13		

### ***Iniciativa do internamento***

Para se perceber a associação existente entre iniciativa do internamento e o investimento dos idosos na vida pessoal, utilizámos um Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 30, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,231$ ) entre as duas variáveis em estudo.

Os valores da ordenação das médias demonstram que são os idosos com iniciativa própria os que apresentam melhor media ( $M = 49,05$ ), o que significa que são também os que percebem ter feito maior investimento na vida pessoal. Contudo somos levados a rejeitar a sub-hipótese formulada afirmando que não existe associação entre a iniciativa do internamento e o investimento na vida pessoal destes idosos.

Tabela 30 – Associação entre iniciativa do internamento e Investimento na vida Pessoal

<b>Iniciativa do internamento</b>	<b>O.M.</b>	<b>U</b>	<b>P</b>
<b>Próprio</b>	49,05	856,000	0,231
<b>De outros</b>	42,78		

### ***Residência preferida***

Para testar a sub-hipótese residência preferida e o investimento na vida pessoal recorremos ao Teste de Kruskal-Wallis. A tabela 31 indica (pelos valores da média) que são os participantes que preferiam morar na sua própria casa que apresentam valores médios mais elevados ( $M = 45,33$ ) contudo as diferenças estatisticamente não são significativas ( $p = 0,960$ ).

Assim sendo rejeitamos a sub-hipótese afirmando que percepção dos Idosos sobre o investimento na vida pessoal é independente da sua residência preferida.

Tabela 31 – Associação entre Residência preferida e Investimento na Vida Pessoal

<b>Residência preferida</b>	<b>O.M</b>	$\chi^2$	<b>P</b>
<b>Própria Casa</b>	45,33	0,083	0,960
<b>No lar</b>	46,18		
<b>Com Familiares</b>	43,96		

### **Espiritualidade**

Para testar o valor preditivo da variáveis psicossocial espiritualidade no investimento na vida pessoal dos idosos, procedeu-se ao estudo de uma regressão linear múltipla pelo método de “Stepwise” ou passo a passo, uma vez que é o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, particularmente quando se pretende estudar mais que uma variável independente em simultâneo e uma variável dependente

Os valores expressos na tabela 32 permitem constatar que das 3 dimensões que entraram no modelo de predição, apenas uma (a **esperança** da escala da espiritualidade) prediz o investimento na vida pessoal dos idosos, tendo sido excluídas a dimensão crenças e a espiritualidade global.

O coeficiente de correlação é de 0,317 que corresponde a 9,0% da variância explicada da espiritualidade dos idosos em estudo.

A dimensão referida é a única que apresenta peso preditivo, pois explica 31,7% da variância total e a equação de regressão tem uma capacidade preditiva bastante significativa ( $p=0,002$ ). O valor do coeficiente padronizado beta leva-nos a inferir que os idosos com mais esperança são os que mais investiram na vida pessoal.

Tabela 32 – Regressão múltipla entre espiritualidade e Investimento na Vida Pessoal

Variável dependente = Informação sobre a dor e Tratamento						
R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> AJUSTADO	ERRO PADRÃO DA ESTIMATIVA	INCREMENTO DE R <sup>2</sup>	F	P
0,317	0,100	0,090	4,94027	0,100	9,830	0,002
PESOS DE REGRESSÃO						
VARIAVEL. DEPENDENTE	COEFICIENTE BETA	COEFICIENTE PADRONIZADO	T	P	COLINEARIDAD E VIF	
CONSTANTE	23,692		11,610	0,000		
ESPERANÇA	0,722	0,317	3,135	0,002	1,000	
ANALISE DE VARIÂNCIA						
EFEITO	SQ	GL	MQ	F	P	
REGRESSÃO	239,902	1	239,902	9,830	0,002	
RESIDUAL	2147,753	88	24,406			
TOTAL	2387,654	89				

### **Satisfação com a vida**

Para testarmos esta sub-hipótese, utilizou-se mais uma vez o Teste *Kruskal-Wallis*. A tabela 33 revela pelo valor de ( $p=0,013$ ) que existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis remetendo-nos para a aceitação da hipótese formulada.

Os valores ordenados das médias mostram que são os idosos mais satisfeitos com a vida ( $M= 55,18$ ) aqueles que percecionam maior investimento na vida pessoal. Assim sendo aceitamos a sub-hipótese afirmando que existe associação entre estas duas variáveis.

Tabela 33 – Associação entre satisfação com a vida e Investimento na Vida Pessoal

Satisfação com a vida	O.M	$\chi^2$	P
Baixa	38,23	8,689	0,013
Moderada	41,36		
Elevada	55,18		

### **Planos futuros**

Para se perceber a associação existente entre o fazer planos para o futuro e o investimento dos idosos na vida pessoal, utilizámos um Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 34, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p= 0,032$ ) entre as duas variáveis em estudo.

Os valores da ordenação das médias demonstram que são os elementos que têm planos para o futuro os que apresentam melhor media, o que significa que são também os que percecionam ter feito maior investimento na vida pessoal.

Assim aceitamos a hipótese formulada afirmando que os idosos que fazem planos futuros investem mais na sua vida pessoal.

Tabela 34 – Associação entre Planos futuros e Investimento na Vida Pessoal

Planos Futuros	O.M.	U	P
Sim	58,43	351,000	0,032
Não	43,12		

## 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise da informação fornecida pelos participantes no estudo cabe-nos agora proceder à discussão destes resultados. Neste capítulo, pretende-se sempre que possível confrontar os resultados obtidos com o quadro conceptual que deu suporte ao estudo, com os objetivos e as questões enunciadas e ainda com resultados de outros estudos já publicados sobre a problemática em discussão, no contexto nacional e internacional, salientando as implicações teórico-práticas que se revelaram mais pertinentes.

A amostra deste estudo é constituída por 90 idosos residentes em cinco ERPI do Concelho de Vila Nova de Paiva.

Os dados sociodemográficos caracterizadores da amostra revelam desigualdade na repartição por género, já que 57 dos idosos são do sexo feminino, com uma média de idade de 83,77 anos, enquanto apenas 33 são do sexo masculino, com uma média de idade de 82,27 anos. Estes resultados comprovam os dados obtidos no último Recenseamento da População Portuguesa, realizado em 2011, onde é revelado que a preponderância da população feminina é reforçada à medida que a idade avança. No grupo etário dos 65 ou mais anos verifica-se o predomínio das mulheres face aos homens, respetivamente 11% e 8% dos indivíduos. A sobremortalidade da população masculina e a menor esperança de vida à nascença dos homens relativamente às mulheres ajudam a explicar estes resultados (INE, 2011). Observa-se ainda um aumento da população com idade compreendida entre os 76 e 85 anos, correspondendo a uma percentagem de 43,3%.

De forma similar, e considerando o estado civil, verifica-se que a viuvez é o estado que integra um maior número de idosos, 68,9% desta amostra. A viuvez é aqui um estado que marca mais as mulheres (46,7%) do que os homens (22,2%). Também nos censos de 2011, as mulheres representam 81 % da população viúva (INE, 2011).

A nossa amostra é constituída por uma igual percentagem de idosos analfabetos e que frequentaram o ensino primário (37,8%) e por 22,2% de idosos que referem saber ler e escrever o essencial. Corroboramos Antunes (2010, p.24) quando afirma que o nível de instrução da população idosa em Portugal é deveras baixa, acrescentando ainda que “a maioria dos idosos não possui qualquer nível de instrução sendo esta característica mais acentuada nas mulheres idosas”. Diversos estudos confirmam ainda o baixo nível de escolaridade evidenciada nos idosos de hoje, essencialmente nas mulheres, atribuindo este

facto às políticas de educação predominantes nas décadas de 1930 e 1940, quando o acesso à escola era muito restrito. Este baixo nível de escolaridade apresentado, e o contexto rural onde foi desenvolvido o estudo, justifica a profissão exercida pelos idosos, sendo que a maioria (72,2%) dos participantes integra o grupo de vendedores ambulantes, agricultores e pescas não qualificadas e empregadas domésticas. De referir que trabalhavam essencialmente na agricultura e em casa (sic).

Consequentemente, também a situação económica de alguns dos idosos inquiridos (12,2%) reflete a ideia que estes se encontram em grande número no limiar da pobreza, porque dispõem mensalmente de rendimentos inferiores ou iguais a 250 €, tendo a maioria (70,0%) rendimentos entre 250€ e 500€, o que indica não terem disponibilidade económica para satisfazerem as suas necessidades básicas e viver condignamente. Estas são agravadas em muitos casos devido aos gastos adicionais relativos à saúde. Segundo Martins e Santos (2008) uma das explicações para os valores das pensões serem muito baixas deve-se por um lado aos salários baixos e, por outro, devido às carreiras contributivas serem, em geral, muito curtas. Também a profissão exercida pela maioria dos idosos em estudo contribui para os poucos recursos, pois se considerarmos a insuficiência de medidas de política social, capazes de garantir condições económicas mínimas a quem fez a sua vida profissional numa época em que não se realizavam contratos, nem descontos para a segurança social, configura-se-lhes um quadro de vida em que a pobreza é o culminar “inevitável” de uma trajetória social cuja precariedade impediu a acumulação de todo e qualquer tipo de recurso. De facto, estes valores de reforma são auferidos, numa percentagem de 43,3%, da pensão por limite da idade juntamente com a pensão do cônjuge. O valor da reforma para 35,6% destes idosos corresponde a reforma pelo limite da idade, ou seja, do regime contributivo. Apesar dos baixos rendimentos mensais auferidos, 55,6% dos idosos manifestam satisfação com o valor da reforma.

Segundo Hoeman (2000), os objetivos gerais da avaliação funcional são determinar o estado físico funcional, documentar a necessidade de intervenções e serviços, traçar um plano de tratamento e avaliar e monitorizar os progressos. Granger, in Hoeman (2000), afirmou que a avaliação funcional é um método de descrever as competências e limitações a fim de medir o uso individual de variadas capacidades que incluem o desempenho das tarefas necessárias à vida diária, atividades de lazer, objetivos vocacionais, interações sociais e outros comportamentos necessários. Para avaliar o grau de dependência do idoso em executar atividades que permitam cuidar de si e viver independentemente, pode ser utilizado um conjunto de dados clínicos, testes e escalas válidas e fiáveis, não existindo um modelo que considere todas as situações. Neste estudo optou-se por utilizar o índice de Barthel para a avaliação do nível de (in)dependência funcional dos idosos na realização de dez atividades

básicas de vida diária. A dependência funcional configura-se mais relevante quando surge no decorrer de eventos ocorridos em fases mais avançadas da vida, como na velhice, sendo que as atividades básicas de vida diária são afetadas por essa dependência. O facto de se tornar dependente faz com que o idoso se sinta desvalorizado, o que pode resultar no desenvolvimento de problemas psicológicos e baixa qualidade de vida (Silva, Barbosa, Castro, & Noronha, 2013). Sequeira (2010, p.5) entende por *Dependência* a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros.

Na avaliação do nível de funcionalidade das ABVD, constatou-se que metade (50,0%) dos idosos inquiridos apresenta dependência ligeira, 31,1% é totalmente independente, 8,9% apresenta dependência moderada, 5,6% apresenta dependência grave e apenas 4,4% apresenta dependência total. Os valores percentuais mostram que os elementos do género feminino apresentam níveis superiores de dependência quando comparados com os do género masculino, o que se entende ao considerar a média de idades mais elevada que as mulheres desta amostra apresentam. Para Silva, Barbosa, Castro e Noronha (2013), o sexo feminino é mais propenso a limitações funcionais, por serem frequentemente portadoras de maior número de condições crónicas, tais como depressão, artrose, artrite, entre outras, quando comparadas com os homens. Estes resultados são ainda corroborados por Rosa, Benício, Latorre e Ramos (2003), que concluem no seu estudo que o sexo está fortemente ligado à ocorrência de dependência, sendo duas vezes superior para as mulheres em relação aos homens, e recentemente verificados no estudo de Fermento (2016) onde, de igual modo, se comprovou a influência do género feminino na dependência funcional.

A percepção do estado de saúde é fundamental para um melhor planeamento em saúde, não só pelo seu papel como determinante de saúde, mas também pela sua relação com a adoção de comportamentos promotores de saúde (Araújo, Ramos, & Lopes, 2011). Assim, relativamente à questão “saúde” apenas 4,4% dos elementos da amostra acha que esta é muito boa, 17,8% classifica-a como boa, 35,6% classifica-a como razoável e 42,3% diz mesmo que é má e muito má. Sabemos que a “saúde” é um estado dinâmico e um processo que se desenvolve ao longo da vida, durante o qual cada um espera e interpreta efeitos diferentes. As noções veiculadas sobre este conceito são ainda a ausência de doença e de incapacidade, possibilidade de trabalhar para assegurar a sobrevivência, bem como uma certa paz e segurança. Todos estes diferentes entendimentos da noção de saúde, e todas as variáveis, fazem com que este conceito seja extremamente relativo e difícil de avaliar com precisão (Berguer, 1995).

Tendo em conta os níveis de dependência, procurámos indagar se algum dia fizeram programas de reabilitação: as respostas demonstram que a maioria (52,3%) dos inquiridos já fez estes programas enquanto 46,7% responde negativamente. Entre homens e mulheres não se verificam diferenças significativas. Os idosos que frequentaram programas de reabilitação recorreram essencialmente a fisioterapeutas (46,7%), sendo que apenas 1,1% recorreu ao enfermeiro de reabilitação e 2,2% ao terapeuta da fala e outros técnicos. Um outro aspeto que procurámos saber relaciona-se com os benefícios que acharam que estes programas trouxeram à sua saúde. Constatámos pelas respostas que 67,8% dos participantes entende que os contributos foram positivos, todavia 14,4% acha que não trouxe benefícios nenhuns e 17,8% refere não saber responder. Perceciona-se facilmente neste estudo a baixa visibilidade pelos idosos da existência e das competências do enfermeiro especialista em reabilitação. De facto, em todos estes lares existem fisioterapeutas que exercem funções ocasionalmente, sendo que um dos lares garante o apoio de fisioterapia durante a semana e de terapia da fala sempre que necessário, mas em nenhum dos lares existem enfermeiros de reabilitação. Para Fernandes (2015), a avaliação funcional efetuada pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação pode contribuir para identificação das necessidades, promoção da saúde, prevenção de complicações, e manutenção ou aquisição de estilos de vida saudáveis, permitindo direccionar e fundamentar as ações de enfermagem para melhorar a capacidade funcional e promover uma melhor qualidade de vida.

A família surge, neste estudo, como um elemento essencial do processo de envelhecimento dos idosos institucionalizados. O apoio ou evitamento da solidão e isolamento depende em grande parte da relação que os idosos têm com os filhos e com os netos, a chamada “solidariedade intergeracional” ou responsabilidade filial. Os filhos têm tradicionalmente o dever de cuidar dos pais idosos fornecendo-lhes ajuda material e socioafetiva, havendo normalmente um cuidador principal apoiado por outros (Oliveira, 2012).

Neste contexto, perguntámos aos nossos participantes se tinham filhos e qual o seu número, tendo sido obtidos os seguintes resultados: 28,9% não tem filhos, 30,0% tem entre 1 ou 2 filhos, 21,1% tem entre 3 a 4 e 20,0% tem um número igual ou superior a 5 filhos.

Para 60,0% o local de residência dos filhos é o estrangeiro, o que não nos surpreende se tivermos em conta as condições sociopolíticas que vivemos no nosso país e a elevada taxa de emigração verificada. Vimos ainda que 26,7% reside no mesmo país, 15,6% reside no mesmo distrito e apenas 13,3% reside na mesma localidade. Este facto é facilmente explicado se atendermos à zona rural do interior centro onde foi desenvolvido o estudo. Antunes (2010) refere-se, no seu estudo, aos fluxos migratórios das zonas rurais para as zonas urbanas, da população adulta ativa o que origina um aumento da proporção destes indivíduos nas zonas urbanas e um decréscimo nas zonas rurais, ficando estas necessariamente mais

envelhecidas. Como referem Martins, Santos e Preciosa (2015), a proximidade é um fator facilitador do acompanhamento e do apoio aos idosos pela família e, pelo contrário, as grandes distâncias propiciam afastamentos por vezes involuntários mas com efeitos nefastos na autoestima dos mais velhos.

Confrontados com a questão “quem o costuma visitar habitualmente?” a maioria (57,8%) diz ser visitado pelos filhos, seguindo-se os parentes próximos com 23,3% e os vizinhos e amigos para 17,7% deles.

Relativamente a periodicidade das visitas que os idosos recebiam, verificámos que para 30,0% dos inquiridos estas são semanais, 14,4% diz serem trimestrais, para 10,0% são semestrais e 12,2% é visitado apenas anualmente. De lembrar que 28,9% dos nossos idosos não têm filhos e para 60,0% o local de residência dos filhos é o estrangeiro, justificando de certa forma a baixa prevalência de visitas. Como refere Silva (2013), a presença assídua dos entes queridos pode variar de acordo com vários fatores, entre os quais a distância da instituição. No entanto, a mesma autora relembra que as visitas são tidas como uma importante forma de solidariedade entre os membros da família, e não apenas para a própria família, mas também para a sociabilidade da sociedade. As formas de relacionamento entre a família e o seu idoso têm sofrido alterações, no entanto é fundamental que não se quebrem os laços, se mantenha a solidariedade e a presença nas suas vidas. Neste contexto, não podemos desvalorizar o facto de 7,8% dos nossos inquiridos responder não ser visitado por ninguém!

Neste estudo, 73,3% dos idosos considera a sua família como altamente funcional, 8,9% classifica-a como moderadamente funcional, e 17,8% acha ter disfunções acentuadas, significando que a maioria dos idosos está sempre satisfeita com o atendimento de suas alterações nos itens avaliados. De realçar, o aumento do brilho no olhar e o constante encolher de ombros dos idosos enquanto falavam orgulhosamente na sua família. A comparação por género mostra que existe uma ligeira diferença na distribuição entre os sexos uma vez que as mulheres tem perceções mais positivas em relação à funcionalidade familiar relativamente aos homens. Partilhamos o sentir de Martins, Preciosa e Santos (2015) ao assumirem que não existem modos de funcionamento familiar corretos ou errados, existem sim formas de funcionalidade distintas que derivam da conjugação de três aspetos: as crenças e valores da família, os padrões de interação familiar e as competências da família. Esta perceção da elevada funcionalidade familiar pode, de certa forma, justificar o facto de apenas 8,9% dos idosos referirem como motivo de internamento a falta de apoio familiar e de 4,4% referir não ter família.

As fundamentais razões apontadas pelos idosos sobre o motivo do internamento prendem-se com as dificuldades em auto cuidar-se (66,7%) e a preferência em viverem no lar apesar de terem família (14,4%). Rodrigues (2011) corrobora a ideia que estes dados refletem, sobre a existência de uma visão social progressivamente diferente sobre as instituições, deixando estas de estarem conotadas com aspetos negativos, mas sim como uma alternativa residencial vantajosa para o idoso. Esta ideia prende-se à expectativa das instituições terem a vantagem de monitorização do estado de saúde e funcional dos idosos, de prestação de cuidados imediatos, assistência nas atividades de vida diária, maior controlo do risco de imobilidade e segurança e suporte social, evitando os riscos da despersonalização e do aumento da dependência.

Contrariamente aos resultados obtidos na nossa amostra, os estudos realizados por Martins (2006) apontam o isolamento, ou seja, a inexistência de uma rede de interações que facilitem a integração social e familiar dos idosos e que garantam um apoio efetivo em caso de maior necessidade, como um dos motivos mais frequentes que levam ao internamento. Em contrapartida, Correia (2007) defende que somente uma pequena percentagem de idosos possui autoiniciativa para se mudar para uma instituição. Os idosos do nosso estudo contrariam esta afirmação pois 43,3% dos inquiridos assumiram ter ingressado no lar por iniciativa própria.

Contudo, numa maior percentagem (47,8%) o idoso responsabiliza a família pela iniciativa da decisão da sua entrada na instituição. Este resultado é, de certa forma, justificado por Fernandes (2015) ao defender que a institucionalização, apesar de não ser uma prática comum na nossa sociedade, pois as famílias antes de institucionalizar o idoso procuram alternativas de suporte social para apoio domiciliário com o intuito de poderem preservá-lo no seu ambiente, ao perder a funcionalidade e devido às condições sociais, muitos idosos são necessariamente alojados em instituições. Em Portugal, segundo os Censos 2011, o número de famílias institucionais que vive em estabelecimentos de apoio social teve, em 2011, um aumento de cerca de 49% face a 2001. Estes valores traduzem a resposta da sociedade ao crescimento da população mais idosa. O acolhimento dos idosos, na residência dos filhos ou dos parentes, vem progressivamente a ser substituído pela institucionalização em estabelecimentos vocacionados para o efeito. A população com idade acima dos 70 anos é a mais representada no universo das pessoas que residem em instituições sendo a sua maioria do sexo feminino (INE, 2012).

Os diversos estudos analisados entram em concordância que, efetivamente, 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 para muitos idosos a única solução (Fermento, 2016).

O tempo de internamento para a maioria (53,3%) dos idosos oscila entre um e cinco anos, contudo temos uma importante percentagem de idosos (28,9%) a residir nas instituições há menos de um ano. Apesar de muitos autores se referirem a diversas conotações negativas associadas à institucionalização, o maior grupo percentual (43,3%) de idosos responde estar no lar por sua preferência. Porém 40,0% regressaria à sua própria casa se lhe fosse dada essa oportunidade, 10% optaria por residir com os familiares, 4,4% num local mais próximo de casa, e há ainda um pequeno grupo (2,2%) que optou por não responder.

Para Correia (2007), o último local que os idosos preferem ter como residência é o lar. Segundo a autora os idosos preferem viver com os filhos ou netos, ou estar às temporadas, viver com o cônjuge ou sozinhos com as condições económicas organizadas. A institucionalização surge em última instância e fazem-no apenas para não serem empecilhos para os filhos.

Curioso foi também constatar que, relativamente às opiniões expressas sobre as vivências no lar, estas se revestem de elevada positividade. A maioria dos idosos perceciona um nível de preocupação como “bastante” 47,8% e “muito” 37,8%. As relações com os outros residentes são para 52,2% “muito boas” e para 40,0% “boas” e com os funcionários 70,0% classifica as relações como “muito boas” e 27,7% como “boas”. As opiniões que expressam sobre a privacidade são de igual modo avaliadas positivamente, pois 45,6% classifica-a como “boa” e 41,1% como sendo “muito boa”.

Uma avaliação um pouco menos favorável refere-se à alimentação, pois esta foi apontada por 58,9% dos idosos apenas como “boa” e somente para 33,3% como “muito boa”. A literatura destaca uma forte associação entre o consumo alimentar e a ocorrência de doenças crónicas, ressaltando a importância da nutrição como ferramenta para prevenção e controle dessas doenças. Uma importante estratégia para a promoção de saúde é a manutenção de uma alimentação saudável (Joia & Ruiz, 2013), o que nem sempre é do agrado das pessoas.

Verificou-se neste grupo que uma percentagem de 7,8% de idosos referem, no que diz respeito à relação com os outros residentes, à privacidade e à alimentação que “nem são boas nem são más”, revelando algum desinteresse nestas questões.

Tendo em conta que muitas das vezes o isolamento do meio exterior está associado à entrada dos idosos nas instituições, nesta amostra verifica-se que 23,3% não sai nunca,

20,0% fá-lo diariamente, 15,6% anualmente, 5,6% dos inquiridos sai semanalmente, 6,7% mensalmente e quinzenalmente. É de ressaltar a preocupante percentagem de idosos do nosso grupo que refere nunca sair das instituições, o que traduz um efetivo isolamento do meio exterior.

No entanto, no que diz respeito ao que mais desagrada aos idosos em viver no lar, mais uma vez as respostas foram muito positivas. De uma forma surpreendente, para 72,2% dos idosos não há nada que lhe desagrade. Para 11,1% prevalecem as “saudades da família e dos amigos” e segue-se o estar “longe de casa e das suas coisas”, para 6,7%. Há ainda o convívio com outros residentes e funcionários apontadas por 5,6%, a desigualdade de tratamento para 1,1% dos residentes e a solidão sentida é referida por 3,3% deles, sendo a totalidade estes últimos do sexo feminino.

Um dos indicadores da vida social da população idosa, que tem sido objeto de análise em estudos diversos, são as atividades de lazer. Assim, e de acordo com os resultados obtidos através do Índice de Atividades de Lazer, as principais tendências ocupacionais deste grupo de idosos são “conversar com amigos” (71,1%), ver televisão (56,7%), ouvir música (33,3%) e passear (30,0%). Também no estudo desenvolvido por Rodrigues (2011) as atividades mais desenvolvidas pelos idosos seriam sobretudo “passear”, “conversar com os amigos” e “ver televisão”. Ambos os estudos estão em consonância com o de Martins (2010), uma vez que no seu estudo as opções mais valorizadas pelos idosos correspondem à ordem de prioridade: “conversar com amigos” como sendo a atividade mais praticada, “ver televisão” a ocupar a segunda posição, e o terceiro lugar preenchido pelo item “passear”.

Em oposição, aparece o tricô em que 95,3% dos idosos do sexo feminino refere praticar “nem muito nem pouco”; ler, jogar às cartas, desenvolver jardinagem e horticultura são atividades “pouco e muito pouco” desenvolvidas pela amostra. De igual forma, no estudo de Rodrigues (2011), os passatempos como “fazer tricô”, “jogar cartas” e “fazer horticultura” são as opções menos referidas. No estudo de Martins (2010) as opções menos referidas são também o “fazer tricô” e “jogar às cartas” e praticar “jardinagem”.

Na sequência das questões anteriores, 71,1% dos idosos acha que aproveita ao máximo o tempo de lazer, ao contrário de 28,9% que responde não ocupar devidamente o seu tempo. Para este grupo seria vantajoso e agradável beneficiar de períodos para praticar atividade física (18,9%) e trabalhos manuais (11,1%). Os restantes gostariam de ocupar o seu tempo a exercer alguma agricultura e horticultura, a participar em atividades culturais (tendo referido as viagens religiosas) e estar mais tempo com a família.

De salientar que a maioria dos idosos no nosso estudo (55,6%) prefere “não fazer nada” para ocupar o seu tempo de vida, demonstrando mais uma vez algum desinteresse pela

atividade e unicamente vontade de descansar, postura que é muito comum em idosos institucionalizados.

Além das diferenças socioeconómicas expectáveis, alguns estudos mencionam que os idosos que vivem em meio rural reportam estilos de vida mais sedentários e têm maior risco de ter uma alimentação nutricionalmente pobre, fatores geralmente associados a maior morbidade e mortalidade (Araújo, Ramos, & Lopes, 2011).

Através da revisão bibliográfica efetuada, é fácil perceber que a religiosidade e a espiritualidade podem ser fatores muito importantes na vida das pessoas, essencialmente nesta última etapa da vida e perante a institucionalização. Frequentemente relaciona-se a espiritualidade, mormente nos idosos, com a sabedoria e com a capacidade de dar um maior sentido à vida (e também à morte). Assim, é de fundamental importância estudar esta dimensão. Contudo, nem sempre os estudos usando a religião /espiritualidade como variável independente ou correlacional são conclusivos, devido particularmente a diversas variáveis parasitas não controladas. Por exemplo, alguns estudos não demonstram que a espiritualidade e/ou religiosidade possa ajudar a debelar o medo da morte (Oliveira, 2012).

Verificou-se que o nosso grupo em investigação é mais crente do que esperançoso, sendo a sua espiritualidade moderada. A esperança demonstrada pelos idosos traduz-se num maior Investimento na Vida pessoal. Nesse sentido, e corroborando com os factos aqui descritos, Panzini *et al.* (2007, cit por Joia & Ruiz, 2013), afirmam que o envolvimento em atividades religiosas, consideradas organizadas, podem proporcionar aumento do senso de propósito e significado da vida.

Também Zenevicz (2009) no seu estudo “A dimensão espiritual no processo de viver envelhecendo” concluiu que os indivíduos de diferentes faixas etárias vivenciam a espiritualidade no processo de viver envelhecendo de forma diferenciada, mas ela é apontada como uma dimensão importante e presente na vida de cada um, e que quanto maior a faixa etária mais sólida é a crença na existência de elementos espirituais.

O conceito de satisfação com a vida é considerado uma dimensão subjetiva de qualidade de vida, ao lado de felicidade e bem-estar. A satisfação com a vida é defendida como uma possibilidade de se levar em conta, em avaliações individuais, diferenças culturais na perceção do padrão de vida. Nesse sentido, aceita-se como relevante que, mesmo quando certos grupos compartilham a mesma cultura, se observem variações entre os indivíduos quanto às suas crenças, valores, objetivos e necessidades e, conseqüentemente, à sua satisfação com a vida.

Os resultados deste estudo mostram que 37,8% dos idosos está muito satisfeito com a vida e 27,8% está moderadamente satisfeito. De salientar que 34,4% dos idosos do estudo se sentem insatisfeitos com a vida, sendo esta insatisfação mais evidente nas mulheres.

Também Rodrigues (2011) aplicou a escala de satisfação com a vida em idosos institucionalizados e observou que a maioria se sentiam muito satisfeitos com a vida, seguidos no entanto de uma elevada percentagem de idosos que estariam pouco satisfeitos. Estes dados levaram a autora a pensar que a satisfação depende, efetivamente, de múltiplos fatores e que as questões do envelhecimento são na realidade de carácter individualizado.

Na vida quotidiana, a realização de atividades e tarefas pelos idosos deveria ocupar um papel central. O sentimento de utilidade é desafiador e a realização das atividades e tarefas proporcionam sentimento de satisfação e de investimento na vida. Neste estudo a maioria dos idosos não planeia tarefas (74,4%), não faz planos futuros (84,4%) e o sentimento de receio do futuro está presente em 63,3% deles.

Vários estudos demonstram que a solidão está diretamente ligada à tristeza e ao abandono consistindo, assim, numa fonte de problemas biopsicossociais entre idosos institucionalizados desprovidos de atenção, carinho e compreensão dos familiares. São dados que são corroborados por nós, uma vez que os nossos idosos se sentem, de uma forma geral, tristes (75,6%) e sós (64,4%). De facto, os idosos percebem a solidão como um sentimento de tristeza provocado pela carência de atenção e afeto dos familiares, causando diversos danos psicológicos, como sentimento de impotência e de culpa, diminuindo a autoestima e afetando o seu estado emocional e a relação com os outros idosos, uma vez que associam esse sentimento com o desamparo dos familiares.

Na sequência das questões anteriores e do facto de muito dos medos sentidos pelos idosos se relacionarem com a deterioração, sofrimento e morte, procurámos avaliar o modo como encaram a possibilidade de uma doença grave e/ou morte.

Oliveira (2012) reforça a ideia que as pessoas, e em particular os idosos, devem ser confrontados quer com a própria morte (mais ou menos próxima), mas também com a morte dos entes queridos, e define este processo como muito complexo, frequentemente penoso e inultrapassável, que depende muito da idiosincrasia da pessoa e do apoio envolvente. Deste modo, percebemos que 41,1% dos inquiridos encara estas situações com “tranquilidade”, 35,6% tem “medo de sofrer” e 23,3% tem “receio de incomodar os outros”. De realçar que nenhum dos idosos manifesta sentimentos de revolta e são as mulheres a apresentar uma postura mais negativa face aos homens. Acreditamos que se o idoso for educado da melhor forma, nas diversas dimensões da sua inteligência, personalidade, relações sociais e

familiares e mesmo no confronto com a doença e a morte, pode afirmar-se que está mais apto a viver a velhice de forma positiva (Oliveira, 2012).

Relativamente ao Investimento feito na vida pessoal observamos que a percepção que os idosos têm sobre o seu investimento pessoal se distribui de uma forma relativamente equitativa por três níveis: o maior grupo percentual (37,8%) a perceber o seu investimento como elevado, 32,2% entendendo-o como baixo e o grupo mais reduzido (30,0%) a achar que o investimento pessoal foi moderado. Resultados semelhantes foram obtidos por Martins, Santos e Andrade (2015) ao estudarem a “Satisfação com a vida em Idosos: Prevalência e Determinantes”. Em ambos os estudos existem algumas diferenças no fator género, uma vez que os homens tendem a avaliar o investimento de uma forma mais positiva (moderado/elevado), enquanto as mulheres incidem no item correspondente ao baixo e moderado Investimento. Segundo as autoras, estas constatações vão de encontro à linha de pensamento de Melo (2009, *cit* por Martins, Santos e Andrade, 2015), quando refere que por muito tempo permaneceu a noção de que a realização natural da mulher estaria no envolvimento afetivo e na procriação. No nosso estudo é evidente esta posição, ao verificar a elevada percepção de investimento das mulheres no bem-estar da sua família.

Os idosos institucionalizados desta amostra demonstram um maior nível de investimento essencialmente no “Bem-estar da família”, na “Saúde”, na “Independência” e na “Vida como um Todo”. Investem ainda “na Morte e no Morrer”, nas “Relações com os Amigos”, no “Funcionamento Intelectual” e por último, com um investimento muito reduzido, na “sexualidade”.

A presente investigação vai ao encontro do estudo de Fermento (2016) intitulado de “Investimento Pessoal e Independência Funcional em Idosos”, numa amostra de 103 idosos, onde inferiu que os idosos investem na sua vida pessoal com vista a um envelhecimento ativo e uma melhor qualidade de vida. No estudo constatou que a maioria dos idosos (75,7%) acha ter tido um investimento moderado, 13,6% elevado e 10,7% baixo investimento. As respostas situaram-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 idosos também revelaram investir pouco (56,3%).

Oliveira (2012) define a sexualidade como a forma como a pessoa expressa a sua dimensão humana enquanto homem ou mulher, não apenas na relação sexual, mas em todo o seu ser (gestos, voz, andar, maneira de vestir, de pensar, de viver). A variável “sexualidade” nos idosos surgiu durante a investigação como um tema revestido de um certo tabu e com a certeza de que os idosos, essencialmente do sexo masculino, ocultavam o seu verdadeiro

investimento. Este facto remete-nos para a importância de desenvolver estudos e trabalhos com os idosos para a promoção da saúde sexual na terceira idade, abordando temas como a prevenção, esclarecimento de estereótipos e educação. No idoso é inquestionável a importância de manter a qualidade de vida e já não é novidade o conceito de “dar vida aos anos”. Assim, a sexualidade não deve ser esquecida, sendo um importante parâmetro da qualidade de vida igualmente na velhice. Também Sequeira (2010) refere que o idoso deve valorizar todas as suas necessidades, objetivos, anseios, hábitos e crenças, pois vai assim sentir-se amado e compreendido, e desenvolver uma maior motivação para superar as dificuldades financeiras, físicas, emocionais e cognitivas. Acrescenta que criará, desta forma, alternativas que lhe possibilitem manifestar a sua capacidade de atualização para a manutenção da sua vida.

## 7 – CONCLUSÕES

As características demográficas da população revelam que nas últimas décadas se agravou o envelhecimento populacional, perspetivando-se que no futuro se mantenha esta acentuada tendência.

Perante este aumento populacional de pessoas idosas, torna-se inevitável pensar e repensar em estratégias humanas, sociais e políticas para garantir aos idosos um envelhecimento saudável e bem-sucedido, o que passa necessariamente, para uma grande maioria dos idosos, pela institucionalização em estruturas devidamente organizadas para esse fim.

O sucesso da institucionalização depende da pessoa idosa e respetiva adaptação pessoal, da família, que deve procurar manter o contacto com os seus idosos, e depende ainda dos responsáveis pelas instituições que devem encarar os idosos como indivíduos que possuem desejos e ambições. A promoção da manutenção de uma rede de apoio de referência e contactos para o idoso deve também ser uma das prioridades destes serviços, já que apresenta um impacto positivo ao nível da satisfação com a vida por parte do idoso, tal como referem Enkvist, Ekstrom e Elmsthal (2012).

Neste sentido, é de suma importância que as instituições estejam munidas de recursos humanos especializados: de uma equipa multidisciplinar, que seja capaz de compreender as especificidades do processo de envelhecimento e de efetivamente ajudar o idoso e a sua família a vivenciar de forma natural, tranquila e feliz esta última etapa do ciclo vital. Torna-se ainda fundamental capacitar os próprios idosos a serem pró-ativos do seu processo de envelhecimento através de um investimento na vida pessoal que deve acompanhar todo o desenvolvimento, ou seja tornar efetivo o verdadeiro empoderamento dos idosos.

Sendo o envelhecimento uma perda progressiva da eficiência funcional, psicológica e social, há sempre uma necessidade de adequação à nova realidade. Além disso, não devemos esquecer que cada idoso é um indivíduo diferente, que precisa de um programa pessoal de trabalho, de acordo com as suas necessidades específicas. Devemos levar em conta o seu passado, a sua bagagem, as suas perdas, assim como o seu presente, as suas possibilidades, os seus ganhos, e a sua situação psicossocial e económica. Só assim estaremos a trabalhar para que esse idoso seja uma pessoa mais saudável, capaz de usar as suas potencialidades e ter uma vida mais feliz (Zimmerman, 2000). Para que a velhice não se

torne um pesadelo, e nem apenas «somar anos aos anos...», urge criar Lares de Terceira Idade, que sejam verdadeiros Lares para os idosos. A palavra lar encontra-se associada a significações que apontam para um campo semântico de energia e de positividade. Sendo assim, é necessário que a prática corrobore a teoria, e urge fazer dos nossos Lares de Terceira Idade verdadeiros Lares, onde as pessoas idosas encontrem «lume, casa, família, pátria, pão e planura...», para que não sintam como um golpe insuperável o afastamento da sua casa, dos seus amigos, da sua família, das suas rotinas e até de si próprio (das pessoas que eram antes de serem institucionalizadas) ” (Almeida, 2008, p.179).

Assim, é necessário criar uma cultura de desmistificação da conotação negativa que atualmente as pessoas e essencialmente os mais velhos associam a estas estruturas residenciais. Para que tal seja possível, há ainda muito a fazer e a compreender, por todos!

Apesar do carácter subjetivo de alguns conceitos nesta investigação, da complexidade do tema e do baixo nível de literacia dos idosos inqueridos, este estudo contribuiu para avaliar e compreender a perceção dos idosos institucionalizados relativamente ao seu modo de vida, à forma como experienciam a sua velhice na institucionalização e ao modo como percecionam o investimento na sua própria vida. Os dados mostram que a perceção dos idosos sobre o investimento na sua vida pessoal se distribui de uma forma relativamente equitativa por três níveis. Contudo, o maior grupo percentual (37,8%) perceciona o seu investimento como elevado, enquanto 32,2% o entende como baixo e o grupo mais reduzido (30,0%) o considera moderado. Pela análise inferencial concluímos que no nosso estudo são os idosos com um nível superior de habilitações académicas e com maior nível de independência funcional os que percecionam um maior investimento na vida pessoal. Constatamos ainda que a família tem um efeito significativo no nível de investimento na vida do idoso. São os idosos com mais esperança, os idosos que possuem maior satisfação com a vida, e os idosos que traçam planos futuros, os que mais investem.

Como perspetivas futuras, pretendemos divulgar os resultados desta investigação junto dos profissionais de saúde, não só ao nível das ERPI, mas também ao nível da comunidade científica, proporcionando reflexão, compreensão e sensibilização para a importância dos melhores cuidados a prestar aos idosos. E essa prestação qualificada passa, indiscutivelmente, pela presença de uma equipa multidisciplinar que tenham competências teóricas e práticas de forma a prestar os cuidados de excelência que, os idosos de hoje merecem, e que os idosos do futuro (nós) gostaríamos de usufruir. Estamos, atualmente, ainda a uma longa distância dessa concretização.

No âmbito desta investigação, a presença e a competência desenvolvida pelo enfermeiro especialista em reabilitação como elemento da equipa multidisciplinar nas

Estruturas Residenciais para Idosos, constituirá, em nossa opinião, uma mais-valia fundamental.

De acordo com as competências do enfermeiro de reabilitação, descritas no Regulamento n.º 125/2011 (Diário da República, p. 8658), o especialista em enfermagem de reabilitação cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, em todos os contextos da prática de cuidados. A sua ação visa a capacitação do indivíduo, entre outros fatores, com limitação da atividade, maximizando a sua funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades individuais. Assim, o enfermeiro especialista, concebe planos de intervenção com o objetivo de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade. Para tal, procede à discussão das alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, delineando os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.

Neste contexto, faz todo o sentido o contributo e intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação nas ERPI perante os idosos institucionalizados, as suas famílias e toda a equipa multidisciplinar. Pelas suas competências este profissional encontra-se em posição privilegiada para a avaliação das necessidades do idoso de uma forma individual e holística e, conseqüentemente para a planificação e prestação de cuidados com vista à satisfação das mesmas.

Ainda no âmbito das suas competências, o enfermeiro especialista em reabilitação deve incentivar e contribuir para a implementação de projetos de investigação-ação que permitam aprofundar conhecimentos e em simultâneo desenvolver estratégias que traduzam uma efetiva melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, M. (2012). Stress, coping e resiliência em pessoas idosas. In C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (p.171-172).Lisboa: Lidel.
- Albuquerque, S. (2005). *Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para melhora da qualidade de vida dos idosos* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo). Acedido em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-22092005-125548/publico/SandraMarciaRibeiroLinsAlbuquerque.pdf>
- Almeida, A. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares: aspetos e contextos da qualidade de vida* (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7218/2/capatese.pdf>
- Amaro, M. M. G. (2013). *A Transformação da Identidade em Idosos Institucionalizados – Um Estudo de Casos Múltiplos* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Bragança). Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8384>
- Antunes, A. P. F. (2010). *Adequação da oferta de serviços de saúde e de apoio face às necessidades sentidas da população idosa do concelho de Constância* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra). Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/14455>
- Araújo, J., Ramos, E., & Lopes, C. (2011). *Estilos De Vida e Perceção do Estado de Saúde*, Acta Med Port; 24(S2): 79-88. Acedido em

<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1524/1109>

- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. In Paúl, C. & O. Ribeiro, *Manual de Envelhecimento Activo* (pp.13 - 43).Lisboa: Lidel.
- Azevedo, M. J., & Teles, R. (2011). Revitalize a sua mente. In O. Ribeiro & , Paúl, C. *Manual de Envelhecimento Activo* (pp.77-107). Lisboa: Lidel.
- Bentes, A. C., Pedroso, J. S., & Maciel, C. A. B. (2012, maio/dezembro). *O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. Aletheia*, 38 (39), 196-205. Pará. Acedido em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n38-39/n38-39a16.pdf>
- Berger, P. & Luckmann, T. (2010). *A Construção Social da Realidade*. Lisboa: Dinalivro.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cancela, D. M. G. (2007). *O Processo de Envelhecimento* (Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia, Universidade Lusíada do Porto). Acedido em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*, Lisboa: Coisas de Ler Editora.
- Carneiro, M. M. F. P. (2012). *Gerontologia e Qualidade de Vida: Reforço dos Laços Familiares dos Idosos Institucionalizados* (Dissertação de Mestrado, Universidade Portucalense Infante D. Henrique). Acedido em <http://repositorio.uportu.pt/jspui/bitstream/11328/232/2/TMES%2016.pdf>
- Carvalho, J. & Mota, J. (2012). O Exercício e o envelhecimento. C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (pp.71-91). Lisboa: Lidel.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). *Adaptação dos Idosos Institucionalizados*. Millennium, 40, 161- 184. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/12.pdf>

- Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A. S., & Sacadura, M. J. (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, Ativação e Qualidade* (Relatório Final de centro de estudos dos povos e culturas de expressão portuguesa) Lisboa. Acedido em [http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento\\_populacao.pdf](http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf)
- Correia, P. S. S. (2007). *Velhos são os trapos: mito ou realidade?* Acedido em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0340.pdf>
- Cruz, A. E. J. A. (2013). *Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos Institucionalizados e em Comunidade* (Dissertação de Mestrado em Fisioterapia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa). Acedido em <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/2686/1/Qualidade%20de%20vida%20e%20Espiritualidade%20em%20idosos%20institucionalizados%20e%20em%20comunidade.pdf>
- Dias, T. (2014). *Efeito do Exercício Físico na Capacidade Funcional em Idosos Institucionalizados* (Dissertação de Mestrado integrado em Medicina Geriátrica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/28964/1/Tese%20final%20teresa.d>
- Donalisio, M. R. Joial, L. C., Ruiz, T. (2007). *Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos*. 41(1), 131-8. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/19.pdf>
- Duarte, F. & Wanderley, K. (2011). *Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27 (1), 49-53. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rbqg/v16n4/1809-9823-rbqg-16-04-00793.pdf>
- Eliopoulos, C. (2010). *Enfermagem gerontológica*. (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Enkvist, A; Ekstrom, H. & Elmsthal, S. (2012). What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54 (1), 140-5.

- Fermento, C. I. S. (2016). *Investimento pessoal e Independência Funcional em idosos* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu),
- Fernandes, C. N. (2015). *Funcionalidade, Aptidão física e Qualidade de Vida do Idoso da Região Minho-Lima: Contributos para a Enfermagem de Reabilitação* (Dissertação de Mestrado Em Enfermagem de Reabilitação, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Acedido em [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1420/1/Carla\\_Fernandes.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1420/1/Carla_Fernandes.pdf)
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no Idoso – Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. Coimbra: Quarteto.
- Ferreira, A. (2009). *A Qualidade de Vida em Idosos em Diferentes Contextos Habitacionais: A Perspetiva do Próprio e do Seu Cuidador* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Educação – Universidade de Lisboa). Acedido em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2156/1/22311\\_ulfp034920\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2156/1/22311_ulfp034920_tm.pdf)
- Ferreira, A. (2011). *(In)dependência Funcional em Idosos Domiciliados:” Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação”* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1660>
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, A. M. (2011). *Reforma e Reformados*. Coimbra: Edições Almedina.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, Françoise (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, E. V., Py, L., Cançado, F. A. X., Doll, J., & Gorzoni, M. L. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2ª Edição). Rio de Janeiro: Guanabara.

- Gutz, L. & Camargo, B. (2013). Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 16 (4), 793-804. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n4/1809-9823-rbgg-16-04-00793.pdf>
- Hoeman, S. P. [et al.] (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Processo e Aplicação*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- Infopédia Porto Editora (2013-2016). Acedido em <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/investimento>
- Joia, L. C. & Ruiz, T. (2013, dezembro). Satisfação com a Vida na Perceção dos Idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 16 (6), pp.79-102. São Paulo. Acedido em <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/20023/14898>
- Lima, A. M. M., Silva, H. S., Galhardoni, R. (2008, out./dez), Successful aging: paths for a construct and new frontiers. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 12, (27), 795-807. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a10v1227.pdf>
- Lucchetti, G., Lucchetti, A., Bassil, R., Nasri, F. & Nacil, S. (2011). O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspetos do envelhecimento. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 14 (1), 159-167. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a16v14n1.pdf>
- Luz, M. M. C. & AmatuZZi, M. M. (2008, abril - junho). Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Estudos de Psicologia*, 25 (2), 303-307, Campinas. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n2/a14v25n2.pdf>
- Mailloux-Poirier, D. (1995). As teorias do envelhecimento. In Louise Berger, M. Éd., & Danielle Mailloux-Poirier, M.Sc.Inf. *Pessoas Idosas: Uma abordagem Global* (pp. 99-105). Lisboa: Lusodidacta.
- Martins, R. M. L. & Santos, A. C. A. (2008). Ser idoso hoje. *Millenium*, 35, 69-76.

Martins, R. M. L. (2010, junho). Os idosos e as atividades de lazer. *Millenium*, 14 (38), 243

251. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium38/16.pdf>

Martins, R., Santos, P., & Andrade, A. (2015). Satisfação com a vida em Idosos: Prevalência e Determinantes. *Gestão e Desenvolvimento*, 23, 107-123.

Martins, R.M.L. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Educação, Ciência e Tecnologia*,

126-140. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/408>

Martins, R. A. S. (2012). *Lição Sobre o Tema Envelhecimento, atividade física e saúde*

*cardiovascular* (No âmbito da unidade curricular de Gerontologia Educativa e

Desportiva, da Licenciatura em Ciências do Desporto, da Faculdade de Ciências do

Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra). Acedido em

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23362/1/Envelhecimento,%20atividade%20f%C3%ADsica%20e%20sa%C3%BAde.pdf>

Nunes, M. (2011, Julho). *A Construção Social do Envelhecimento*, Revista Portal de

Divulgação, n.12, p.7-14. Acedido em

<http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/167/167>

Oliveira, J.H.B (2012). *Psicologia do idoso: Temas complementares: Sexualidade*

*Espiritualidade-Educabilidade-Sociabilidade-Morte*. (2ª ed.). Porto: LivPsic.

Oliveira, J. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: LivPsic.

Organização Mundial da Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, EUA.

Acedido em

<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

Paúl, C. & Ribeiro, O. (2009, July). Predicting loneliness in old people living in the community. *Clinical Gerontology*, 19, 53-60.

Pestana, M. H., & Gageiro, J.N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.

Pinto C., Pais-Ribeiro, J. L., (2007). *Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde*. *Arquivos de medicina*, 21 (2):47 53. Porto. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v21n2/v21n2a02.pdf>

Portugal, Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa. Acedido em <file:///C:/Users/Suzete/Downloads/i009153.pdf>

Portugal, Direção Geral da Saúde (2016). *Principais Indicadores da Saúde para Portugal, 2010-2014*. Acedido em <file:///C:/Users/Suzete/Downloads/i022340.pdf>

Portugal, Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011: Resultados Provisórios*. Lisboa. Acedido em [http://censos.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=131010986&att\\_displ\\_ay=n&att\\_download=y](http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=131010986&att_displ_ay=n&att_download=y)

Portugal, Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011: Resultados Definitivos*. Lisboa. Acedido em [http://censos.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=148313382&att\\_displ\\_ay=n&att\\_download=y](http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=148313382&att_displ_ay=n&att_download=y)

Portugal, Instituto Nacional de Estatística (2014, Julho). *População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento*, Destaque: Informação à Comunicação Social. Acedido em [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=218948085&att\\_displ\\_ay=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=218948085&att_displ_ay=n&att_download=y)

Portugal, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Portaria n.º 67/2012, Diário da República, 1.ª série — N.º 58 — 21 de março de 2012. Acedido em

[http://mutualismo.azurewebsites.net/Content/UMP/Portaria%2067\\_2012.pdf](http://mutualismo.azurewebsites.net/Content/UMP/Portaria%2067_2012.pdf)

Portugal, Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, (2011, Fevereiro 18). *Diário da República*, 2 (35),8658-8659.

Acedido em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento20125\\_2011\\_CompeticiasEspecifEnfreabilitacao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento20125_2011_CompeticiasEspecifEnfreabilitacao.pdf)

Rabelo, D. F.& Neri, A.L. (2005,set./dez). *Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice* - *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 403-412, Maringá. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a07>

Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Número temático: Envelhecimento demográfico*, 33-52. Acedido em

<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10572.pdf>

Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). Envelhecimento Activo. In Ribeiro, O. & Paúl, C. *Manual de Envelhecimento Ativo*. (pp.3-12).Lisboa: Lidel.

Robert, L. (1995). *O envelhecimento: factos e teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.

Rodrigues, A. M. S. M. (2012). *O Medo de Envelhecer: e o papel do gerontólogo* (Tese de Licenciatura em Gerontologia Social). Lisboa. Acedido em

<http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3567/1/MONOGRAFIAFINAL.pdf>

Rodrigues, S. I. (2011). *A Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). Coimbra. Acedido em

<http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/128/1/Tese.pdf>

- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, T. E. C., Benício, M. H. D'A., Latorre, M. R. D. O. & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*, 37 (1),40-8.  
Acedido em [http://www.ciape.org.br/matdidatico/mariademello/deter\\_cap\\_funcional\\_idosos.pdf](http://www.ciape.org.br/matdidatico/mariademello/deter_cap_funcional_idosos.pdf)
- Scogin, F; Morthland, M.; Kaufman, A. Chaplin, W. & Kong, G. (2011). Maintenance of Quality of Life Improvements in Diverse Rural Older Adults. *Psychology and Aging*, 26, 475-479.
- Scoss, D. M., Salviana, K. N. (2013). Os benefícios do treinamento de força sobre alterações dos sistemas fisiológicos associados à saúde na terceira idade. Acedido em <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/2710>
- Sequeira, C (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Silva, C. R. (2013). *Aproximar a família ao idoso institucionalizado (Dissertação de Mestrado em Intervenção Comunitária na área de especialização em Educação para a Saúde, Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti)*. Porto. Acedido em [http://repositorio.esepf.pt/bitstream/10000/1432/1/TM\\_2013\\_MIC.CarinaRaquelSilva.pdf](http://repositorio.esepf.pt/bitstream/10000/1432/1/TM_2013_MIC.CarinaRaquelSilva.pdf)
- Silva, H., Lima, A. & Galhardoni, R. (2010). *Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas*. Interface - Comunic., Saúde, Educ, 1-11.  
Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop3510>
- Silva, H. S. & Silva, T. B. L (2013). Saúde cognitiva e promoção do envelhecimento cognitivo bem-sucedido. In Franklin, S., Thaís, S., Evany, A., e Eduardo, O., *Estimulação Cognitiva para Idosos*. São Paulo: Atheneu.

- Silva, J. M. N., Barbosa, M. F. S., Castro, O. C. N., Noronha, M. M. (2013). *Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados*. Rev. Bras. Geriatria, Gerontologia, 16 (2): 337– 346. Rio de Janeiro. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n2/13.pdf>
- Silva, L. M. F. (2008, Jan./Mar). Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde*, 15 (1), 155-168, Rio de Janeiro. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702008000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100009)
- Silva, S. A. M. (2014). *Autonomia e Integração Social dos Idosos que vivem em Lar*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Instituto Superior de Serviço Social do Porto). Acedido em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6312/1/Sara%20Andreia%20Monteiro%2020Silva.pdf>
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and wellbeing in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58, 715 – 732.
- World Humanity Organization – WHO, (2002, April), *Active Ageing- A policy Framework*, A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid. Acedido em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)
- Zenevicz, L. T. (2009). *A Dimensão Espiritual No Processo de Viver Envelhecendo*, (Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul). Acedido em [http://tede.pucrs.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=2348](http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2348)
- Zimerman, G. (2000). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

## APÊNDICES



**APÊNDICE I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR A COLHEITA DE DADOS**





S. R.  
Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Exmo. Sr.  
Presidente da Direção  
**Associação de Solidariedade Social do Alto Paiva**  
Avenida Aquilino Ribeiro, s/n  
3650-209 VILA NOVA DE PAIVA

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:

ESSV 0778 13-OCT-15

**ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular Relatório final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Ana Suzete Santos Figueiredo do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação estão a realizar um estudo subordinado ao tema "O investimento na vida pessoal da pessoa idosa institucionalizada". Pretende-se com este estudo determinar o nível de investimento na vida pessoal dos idosos institucionalizados e investigar em que medida as variáveis sócio demográficas, clínicas, psicossociais e o nível de satisfação com a vida têm efeito significativo na mesma. Neste contexto, solicitamos a V. Ex.<sup>a</sup> se digne autorizar a recolha de dados/informação, nos meses de Novembro/2015 a Dezembro de 2015.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.<sup>a</sup>, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a professora coordenadora Rosa Maria Lopes Martins é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV

*Professor Doutor Carlos Pereira*

RM/AL

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL

Fax. +351 232 428 343

E-mail [essvgeral@essv.ipv.pt](mailto:essvgeral@essv.ipv.pt)

Web. [www.essv.ipv.pt](http://www.essv.ipv.pt)



Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Exmo. Sr.  
Presidente da Direção  
**Associação de Solidariedade Social "Cruz de Malta"**  
Rua Cruz dos Merouços, nº241  
Vila Nova de Paiva  
3650-120 VILA COVA À COELHEIRA

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:

ESSV 0781 13-OCT-15

**ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular Relatório final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Ana Suzete Santos Figueiredo do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação estão a realizar um estudo subordinado ao tema "O investimento na vida pessoal da pessoa idosa institucionalizada". Pretende-se com este estudo determinar o nível de investimento na vida pessoal dos idosos institucionalizados e investigar em que medida as variáveis sócio demográficas, clínicas, psicossociais e o nível de satisfação com a vida têm efeito significativo na mesma. Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação, nos meses de Novembro/2015 a Dezembro de 2015.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a professora coordenadora Rosa Maria Lopes Martins é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV

*Professor Doutor Carlos Pereira*

Na res... indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

RM/AL

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL

Fax. +351 232 428 343

E-mail [essvgeral@essv.ipv.pt](mailto:essvgeral@essv.ipv.pt)

Web. [www.essv.ipv.pt](http://www.essv.ipv.pt)



Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Exmo. Sr.  
Presidente da Direção  
**Caritas da Paróquia de Queiriga**  
Av. Cimo do Souto  
3650-051 QUEIRIGA

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:

ESSV 0779 13-OCT-15

**ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular Relatório final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Ana Suzete Santos Figueiredo do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação estão a realizar um estudo subordinado ao tema "O investimento na vida pessoal da pessoa idosa institucionalizada". Pretende-se com este estudo determinar o nível de investimento na vida pessoal dos idosos institucionalizados e investigar em que medida as variáveis sócio demográficas, clínicas, psicossociais e o nível de satisfação com a vida têm efeito significativo na mesma. Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação, nos meses de Novembro/2015 a Dezembro de 2015.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a professora coordenadora Rosa Maria Lopes Martins é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV

*Professor Doutor Carlos Pereira*

RM/AL

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL  
Fax. +351 232 428 343

E-mail [essvgeral@essv.ipv.pt](mailto:essvgeral@essv.ipv.pt)

Web. [www.essv.ipv.pt](http://www.essv.ipv.pt)



Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Exmo. Sr.  
Presidente da Direção  
**Centro Paroquial do Touro – Lar de Idosos e SAD**  
Rua Cónego Alfredo FM Martins, nº46  
Vila Nova de Paiva  
3650-081 TOURO

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:

ESSV 0780 13-OCT-15

**ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular Relatório final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Ana Suzete Santos Figueiredo do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação estão a realizar um estudo subordinado ao tema "O investimento na vida pessoal da pessoa idosa institucionalizada". Pretende-se com este estudo determinar o nível de investimento na vida pessoal dos idosos institucionalizados e investigar em que medida as variáveis sócio demográficas, clínicas, psicossociais e o nível de satisfação com a vida têm efeito significativo na mesma. Neste contexto, solicitamos a V. Ex.<sup>a</sup> se digne autorizar a recolha de dados/informação, nos meses de Novembro/2015 a Dezembro de 2015.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.<sup>a</sup>, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a professora coordenadora Rosa Maria Lopes Martins é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV

*Professor Doutor Carlos Pereira*

RM/AL

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL

Fax. +351 232 428 343

E-mail [essvgeral@essv.ipv.pt](mailto:essvgeral@essv.ipv.pt)

Web. [www.essv.ipv.pt](http://www.essv.ipv.pt)



Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Exmo. Sr.  
Presidente da Direção  
**Associação de Solidariedade Social Alvorada na Serra**  
Rua do Eido, nº4  
Vila Nova de Paiva  
3650-032 PENDILHE

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:

ESSV 0782 13-OCT-15

**ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular Relatório final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Ana Suzete Santos Figueiredo do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação estão a realizar um estudo subordinado ao tema "O investimento na vida pessoal da pessoa idosa institucionalizada". Pretende-se com este estudo determinar o nível de investimento na vida pessoal dos idosos institucionalizados e investigar em que medida as variáveis sócio demográficas, clínicas, psicossociais e o nível de satisfação com a vida têm efeito significativo na mesma. Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação, nos meses de Novembro/2015 a Dezembro de 2015.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a professora coordenadora Rosa Maria Lopes Martins é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O-Presidente da ESSV

*Professor Doutor Carlos Pereira*

Na resp. indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto.

RM/AL

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL

Fax. +351 232 428 343

E-mail [essvgeral@essv.ipv.pt](mailto:essvgeral@essv.ipv.pt)

Web. [www.essv.ipv.pt](http://www.essv.ipv.pt)



**APÊNDICE II – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**





**Instituto Politécnico de Viseu**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**  
 UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E  
 INVESTIGAÇÃO  
**Unidade Científico Pedagógico – Enfermagem de Reabilitação**

COD: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.**

**Caro Senhor(a)**

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo com o tema – “Investimento na vida pessoal da Pessoa Idosa Institucionalizada ” e cujo objetivo principal é identificar o nível de investimento na vida pessoal em idosos institucionalizados e, determinar correlações entre variáveis socio demográficas, clínicas, psicossociais, o nível de satisfação com a vida e o investimento na vida pessoal.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este formulário.

**Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados**, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

\_\_\_\_\_ (localidade), Data: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Se não for o próprio a assinar:**

Nome: \_\_\_\_\_ BI/CD n.º: \_\_\_\_\_,

data/validade \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco ou tipo de representação: \_\_\_\_\_

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**





**Unidade Científico Pedagógica:** Relatório Final

**Investigador Principal:** Rosa Maria Lopes Martins

**Investigador Colaborador:** Ana Suzete Santos Figueiredo

**Curso:** Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## O INVESTIMENTO NA VIDA PESSOAL DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

### INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

#### NOTA DE ESCLARECIMENTO

Caro(a) Senhor(a),

Chamo-me Ana Suzete Santos Figueiredo, sou aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu e encontro-me a desenvolver a minha Dissertação de Mestrado, sob a orientação da Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins, que pretende avaliar o Investimento na vida pessoal da pessoa idosa institucionalizada bem como os fatores que o influenciam. Desta forma, venho por este meio solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste formulário.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si da forma mais honesta possível, **não existem respostas certas ou erradas**. É importante responder a todas as questões de acordo com a sua opinião.

**As respostas são totalmente anónimas** e serão apenas lidas pela equipa de investigação. Neste contexto, será garantida a sua confidencialidade sendo o mais importante a sua participação neste estudo.

Atenciosamente,

Ana Suzete Figueiredo

## SECÇÃO I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. **Idade** \_\_\_\_\_ anos
2. **Sexo:** (Assinale com um X)
  - Masculino
  - Feminino
3. **Estado Civil:** (Assinale com um X)
  - Solteiro
  - Casado/União de facto
  - Divorciado/Separado
  - Viúvo
4. **Habilitações literárias:** (Assinale com um X)
  - Analfabeto
  - Sabe ler e escrever
  - Instrução Primária
  - Curso médio
  - Cuso superior
5. **Profissão exercida:** (Assinale com um X)
  - Operadores de Máquinas/ Fábricas
  - Vendedores Ambulantes, agricultores e pescas não qualificadas, empregada doméstica
  - Serviços e vendedores
  - Agricultores e trabalhadores qualificados da Agricultura e pesca
  - Pintores, costureiros
  - Técnicos e profissões de nível intermédio
  - Administrativos
  - Quadros Superiores
6. **Tipo de reforma:** (Assinale com um X)
  - Limite de Idade
  - Pensão Social
  - Pensão do cônjuge
  - Invalidez
7. **Situação financeira:** (Assinale com um X)
  - Até 250 euros mensais líquidos
  - De 250 euros a 500 euros mensais líquidos
  - De 500 euros a 1000 euros mensais líquidos
  - Mais de 1000 euros mensais líquidos
8. **Satisfação com o valor da reforma:** (Assinale com um X)
  - Sim
  - Não

## SECÇÃO II - CARATERIZAÇÃO CLÍNICO FUNCIONAL

### 9. ÍNDICE DE BARTHEL - (AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA NAS ABVD'S)

(Mahoney e Barthel, 1965; Sequeira, 2007)

Nesta secção, por favor, coloque o valor da pontuação que melhor corresponda à sua situação.

		Pontuação
<b>Higiene Pessoal</b>	0 = Necessita de ajuda no cuidado pessoal	
	5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	
<b>Evacuar</b>	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)	
	5 = Acidentes Ocasionais (uma vez por semana)	
	10 = Contigente	
<b>Urinar</b>	0 = Incontinente ou algaliado	
	5 = Acidentes ocasionais (máximo uma vez em 24 horas)	
	10 = Contigente (por mais de 7 dias)	
<b>Ir à casa de banho</b> (uso do sanitário)	0 = Dependente	
	5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	
	10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	
<b>Alimentar-se</b>	0 = Incapaz	
	5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	
	10 = Independente (a comida é providenciada)	
<b>Transferências</b> (cadeira/cama)	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se	
	5 = Grande ajuda (uma ou das pessoas) física, consegue sentar-se	
	10 = Pequena ajuda (verbal ou física)	
	15 = Independente (não necessita de qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	
<b>Mobilidade</b> (deambulação)	0 = Imobilizado	
	5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, tec)	
	10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	
	15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar de marcha, ex.: bengala)	
<b>Vestir-se</b>	0 = Dependente	
	5 = Necessita de ajuda mas faz cerca de metade sem ajuda	
	10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	
<b>Escadas</b>	0 = Incapaz	
	5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	
	10 = Independente (subir/descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos auxiliares ex.: bengala)	
<b>Banho</b>	0 = Dependente	
	5 = Independente (lava-se no chuveiro/banho de emersão/usa esponja em todo o corpo sem ajuda)	
Dependência total <20; Grave 20-30; Moderada 35-45; Ligeira:60-90; Independente:90 - 100		<b>SCORE</b>

10. Por favor, assinale com um X o quadrado que corresponde ao seu estado de saúde:

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muito boa | <input type="checkbox"/> Má      |
| <input type="checkbox"/> Boa       | <input type="checkbox"/> Péssima |
| <input type="checkbox"/> Razoável  |                                  |

11. Já realizou ou realiza algum tipo de reabilitação? (Assinale com um X)

- Sim  Não

12. Se respondeu sim, à questão anterior, refira a que profissional recorreu para realizar a mesma? (Assinale com um X)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro de Reabilitação | <input type="checkbox"/> Terapeuta da Fala     |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta             | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Psicomotricista            | <input type="checkbox"/> Outro                 |
| <input type="checkbox"/> Osteopata                  |  |

13. Considera a reabilitação como algo benéfico para a sua saúde? (Assinale com um X)

- Sim  Não  Não sei

### SECÇÃO III - CARATERIZAÇÃO FAMILIAR

14. Número de filhos: \_\_\_\_\_

15. Onde residem os filhos: (Assinale com um X)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Na mesma localidade | <input type="checkbox"/> No mesmo País |
| <input type="checkbox"/> No mesmo distrito   | <input type="checkbox"/> Estrangeiro   |

16. Quem o costuma visitar: (Assinale com um X)

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Filho/Filha     | <input type="checkbox"/> Amigo    |
| <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã      | <input type="checkbox"/> Vizinhos |
| <input type="checkbox"/> Parente próximo | <input type="checkbox"/> Ninguém  |

17. Qual a periodicidade habitual das suas visitas: (Assinale com um X)

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diariamente     |                                |
| <input type="checkbox"/> Semanalmente    | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Quinzenalmente  |                                |
| <input type="checkbox"/> Mensalmente     |                                |
| <input type="checkbox"/> Trimestralmente |                                |
| <input type="checkbox"/> Semestralmente  |                                |
| <input type="checkbox"/> Anualmente      |                                |

**18. ESCALA DE APGAR FAMILIAR (Funcionalidade Familiar)**

(Smilkstein, 1978; Versão Portuguesa: Agostinho &amp; Rebelo, 1988)

Nesta secção, por favor, assinale com um X a resposta que **melhor representa a sua experiência familiar**.

	Quase sempre (1)	Algumas vezes (2)	Quase nunca (3)
Está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o preocupa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está satisfeito de como a sua família discute os assuntos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está satisfeito (a) com o tempo que passa com a sua família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECÇÃO IV - CARATERIZAÇÃO SITUACIONAL****19. Motivo do Internamento:** (Assinale com um X)

- Dificuldade em auto cuidar-se
- Falta de recursos económicos
- Falta de habitação condigna
- Não tem família
- Falta de apoio familiar
- Preferência de viver em Lar embora tenha família
- Dificuldade de acessos aos Serviços de Saúde

**20. Iniciativa do Internamento:** (Assinale com um X)

- Por iniciativa própria
- Trazido por familiares
- Trazido por amigos
- Trazido por técnicos de ação social

**21. Tempo de internamento**

Anos \_\_\_\_\_; Meses \_\_\_\_\_; Dias \_\_\_\_\_.

**22. Se pudesse residir noutra local qual a sua preferência?**

\_\_\_\_\_

23. **Considera que no Lar se preocupam verdadeiramente consigo?** (Assinale com um X)

- |                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muito    | <input type="checkbox"/> Pouco       |
| <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Muito pouco |
| <input type="checkbox"/> Às vezes |                                      |

24. **Como considera as suas relações com os outros residentes?** (Assinale com um X)

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muito Boas        | <input type="checkbox"/> Más       |
| <input type="checkbox"/> Boas              | <input type="checkbox"/> Muito más |
| <input type="checkbox"/> Nem boas, nem más |                                    |

25. **Como considera as suas relações com o pessoal do Lar?** (Assinale com um X)

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muito Boas        | <input type="checkbox"/> Más       |
| <input type="checkbox"/> Boas              | <input type="checkbox"/> Muito más |
| <input type="checkbox"/> Nem boas, nem más |                                    |

26. **Como avalia a sua privacidade?** (Assinale com um X)

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muito Boa       | <input type="checkbox"/> Má       |
| <input type="checkbox"/> Boa             | <input type="checkbox"/> Muito má |
| <input type="checkbox"/> Nem boa, nem má |                                   |

27. **Como avalia a alimentação?** (Assinale com um X)

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muito Boa       | <input type="checkbox"/> Má       |
| <input type="checkbox"/> Boa             | <input type="checkbox"/> Muito má |
| <input type="checkbox"/> Nem boa, nem má |                                   |

28. **Com que frequência sai habitualmente do Lar:** (Assinale com um X)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diariamente    | <input type="checkbox"/> Trimestralmente |
| <input type="checkbox"/> Semanalmente   | <input type="checkbox"/> Semestralmente  |
| <input type="checkbox"/> Quinzenalmente | <input type="checkbox"/> Anualmente      |
| <input type="checkbox"/> Mensalmente    | <input type="checkbox"/> Nunca           |

29. **Que lhe desagrada mais em viver no Lar?**

---

### SECÇÃO V - ATIVIDADES DE LAZER

30. Nesta secção, por favor, assinale com um X **como costuma ocupar o seu tempo livre.**

	Muito (1)	Bastante (2)	Nem muito, nem pouco (3)	Pouco (4)	Muito pouco/ nada (5)
Ler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ver televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvir música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer tricô	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jogar às cartas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conversar com os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer jardinagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer horticultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**31. Sente que aproveita ao máximo o seu tempo de lazer?** (Assinale com um X)

Sim       Não

**32. Como gostava de ocupar o seu tempo livre?**

---

## SECÇÃO VI - ESPIRITUALIDADE

### 33. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE

(Pinto e Pais-Ribeiro, 2007)

Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 4 e assinale com um X no quadrado que melhor indica a sua resposta.

	Não concordo (1)	Concordo um pouco (2)	Concordo bastante (3)	Concordo plenamente (4)
As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vejo o futuro com esperança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que a minha vida mudou para melhor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## SECÇÃO VII - PERCEÇÃO DA VIDA ACTUAL

### 34. SLWS - Satisfaction With Life Scale - ESCALA DA SATISFAÇÃO COM A VIDA

(Diener et al. 1985; Versão portuguesa de Simões, 1992)

Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 5 e assinale com um X o quadrado que melhor indica a sua resposta.

	Discordo Muito (1)	Discordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As minhas condições de vida são muito boas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito(a) com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SECÇÃO VIII - PERCEÇÃO DO FUTURO E DAS SUAS NECESSIDADES

**35. Faz planos de tarefas a realizar?** (Assinale com um X)

Sim                       Não

**36. Tem planos futuros?** (Assinale com um X)

Sim                       Não

**37. Tem receio do futuro?** (Assinale com um X)

Sim                       Não

**38. Sente tristeza?** (Assinale com um X)

Sim                       Não

**39. Sente solidão?** (Assinale com um X)

Sim       Não

**40. Como encara a possibilidade de uma doença grave (e/ou morte)?** (Assinale com um X)

- Medo por receio de sofrer       Tranquilidade  
 Receio por incomodar os outros       Outra  
 Revolta

**SECÇÃO IX - INVESTIMENTO NA VIDA PESSOAL**

**41. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE INVESTIMENTO NA VIDA PESSOAL**

(Freire SA.2001 In Freitas,E.V., Py,L., Cançado,F.A.X., Doll,J., & Gorzoni,M.L. (2006)

As questões que aparecem a seguir dizem respeito a vários aspetos da vida. Queremos saber o quanto **as pessoas costumam pensar ou agir em relação a eles**, ou seja, quanto costuma investir neles. Responda de acordo com o grau em que costuma investir nos seguintes assuntos de sua vida.

	Muito Pouco (1)	Pouco (2)	Mais ou Menos (3)	Muito (4)	Muitíssimo (5)
A sua saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seu funcionamento intelectual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seus passatempos e interesses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suas relações com amigos e conhecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sua sexualidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O bem-estar da sua família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sua independência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sua vida como um todo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A morte e o morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**O preenchimento do formulário terminou.**

**Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.**

