

**UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM GESTÃO**

**GESTÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA DEPENDÊNCIA EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS NAS ORGANIZAÇÕES DO TERCEIRO SETOR**

**MÁRCIA ANDRÉA GONÇALVES LEITE**



**VILA REAL, 2011**

**UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM GESTÃO**

**GESTÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA DEPENDÊNCIA EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS NAS ORGANIZAÇÕES DO TERCEIRO SETOR**

**De:**

**Márcia Andréa Gonçalves Leite**

**Orientadores:**

**Professor Doutor Vítor Manuel C. Pereira Rodrigues**

**Professor Doutor Marcilio Sampaio dos Santos**



**VILA REAL, 2011**

Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Gestão, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

*Uma pessoa permanece jovem,  
na medida em que ainda é capaz de aprender,  
adquirir novos hábitos e tolerar contradições.*

Marie Von Ebner-Eschenbach

## AGRADECIMENTOS

Para atingir ao tão almejado objetivo passei por várias etapas e nelas muitas pessoas deram de alguma forma o seu contributo:

- Agradeço a Deus por ter chegado até aqui, após muitos caminhos;
- A minha família, meu bem mais precioso, pelo apoio incondicional;
- Aos meus orientadores professor Doutor Marcilio Sampaio e Vítor Rodrigues pela disponibilidade e paciência ao longo do percurso deste estudo;
- A professora Doutora Carla Marques pelo carinho e apoio nas questões institucionais;
- A professora Soeiro e Ana Moreno, pelo incentivo e valiosos ensinamentos;
- Ao professor Videira, pelas orientações e apoio académico;
- Aos docentes que contribuíram com meu aprendizado;
- A Gina Santos, pelo seu apoio e amizade;
- Aos colegas do mestrado, especialmente Else Saliés e Helen Mandarano, irmãs que estiveram sempre comigo;
- Aos amigos Sara Ramalheira, Raquel Gonçalves, Luís Freitas e Alexandra Campos, que me acolheram na sua casa em Vila Real;
- Ao amigo Luciano pelo apoio nas horas difíceis;
- Aos gestores das instituições pela autorização do estudo e disponibilidade nas respostas aos inquéritos;
- A todos os utentes que voluntariamente se dispuseram a participar, sem os quais este estudo não teria sido possível;
- Aos funcionários da UTAD sempre solícitos com os Brasileiros no período que a universidade está em férias, principalmente a Manuela Valente, Manuela Mourão, D. Teresa e Cláudia (Enfermagem), Ana Rosa, Maria João, Conceição Gonçalves e Abel Coelho;
- A todos aqueles, não citados, que contribuíram direta ou indiretamente na realização deste trabalho, a minha eterna gratidão.

## RESUMO

As condições crônicas e por vezes incapacitantes – processo pelo qual uma determinada condição (aguda ou crônica) afeta a funcionalidade dos idosos - tendem a se manifestar com o avançar da idade. Sabe-se que normalmente tais limitações não são fatais, não obstante tende a comprometer de modo significativo a qualidade de vida da pessoa idosa ao afetar o desempenho da funcionalidade e, em consequência as atividades de vida cotidiana. Em todo o mundo moderno o aumento exponencial na quantidade de idosos é uma realidade que aponta para a melhoria dos indicadores de saúde, cresce também a demanda por serviços de saúde voltados para a população idosa e a necessidade de utilização de instrumentos de avaliação funcional. O Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVD), desenvolvido por Sidney Katz, é um dos instrumentos mais antigos. Este estudo teve por objetivo conhecer a Qualidade de Vida (QDV) das pessoas idosas institucionalizadas, sua relação com as variáveis descritivas, sócio-econômicas e a importância da gestão institucional neste contexto. Optou-se por um estudo exploratório-descritivo e transversal no qual foi utilizado como instrumento de recolha de dados, um questionário bio-relacional, uma grelha de avaliação da Qualidade de vida, Índice de Katz modificado e um questionário aos gestores da instituição.

Participaram no estudo 130 utentes de sete instituições para idosos do concelho de Oeiras. Constatou-se que os fatores que interferem na QDV variam em função do gênero 81,5% sexo feminino e 18,5% sexo masculino do total da amostra, da existência de dor ( $p= 0,014$ ) e existindo uma correlação positiva entre o índice de Katz e à qualidade de vida ( $p< 0,001$ ). Este resultado significa que quanto maior a independência do idoso maior é a sua qualidade de vida. Na escala do índice da QDV 56,2% dos idosos do total da amostra se encontram integrados no grupo sem qualidade de vida. Os idosos do gênero masculino apresentaram valores do índice de QDV superiores aos apresentados pelos idosos do gênero feminino.

Por outro lado constatamos que o índice de qualidade de vida não difere em função do grupo etário, estado civil, nível de instrução, existência de ambientes adaptados, existência de fiscalização dos serviços por parte dos gestores, promoção da autonomia e adoção de medidas para prevenção de quedas da pessoa idosa institucionalizada.

**Palavras Chaves:** Atividades cotidianas. Envelhecimento. Avaliação geriátrica.

## ABSTRACT

Chronic and sometimes disabling conditions - process by which a certain condition (acute or chronic) affects the functionality of elderly people - tend to manifest with advancing age. It is known that such limitations are not usually fatal, although it tends to significantly impair the quality of life of the elderly by affecting the functionality and performance, and as a consequence the activities of everyday life. Throughout the modern world the exponential increase in the number of older people is pointing to the improvement of health indicators, growing also the demand for health services aimed at the elderly population and the need for use of functional assessment instruments. The Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL), developed by Sidney Katz is one of the oldest instruments. This study aimed to know the quality of life (QOL) of the institutionalized elderly, their relationship with the descriptive variables, socio-economic and importance of institutional management in this context. It was chosen an exploratory-descriptive and transversal study in which were used as instruments of data collection, a bio-relational questionnaire, an evaluation grid of the quality of life, a modified Katz Index and a questionnaire to managers of the institution.

One hundred and thirty users from seven nursing homes in the municipality of Oeiras participated in the study. It was found that the factors that affect QOL vary by gender 81.5% female and 18.5% of the total male sample, by the existence of pain ( $p = 0.014$ ), and there is a positive correlation between the Katz Index and the quality of life ( $p 0.001$ ). This result means that the greater independence of the elderly the higher quality of life. In the scale of the QOL index, 56.2% of the elderly of the total sample are integrated in the group without quality of life. The elderly male presented QOL index values greater than those presented by the elderly female.

On the other hand, we see that the quality of life index does not differ according to age group, marital status, education level, availability of suitable environments, existence of supervision services held by managers, promotion of independence, or the adoption of falls prevention measures for institutionalized elderly.

**Keywords:** Activities of daily living. Ageing. Geriatric assessment.

## ÍNDICE

|                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I. INTRODUÇÃO</b>                                               | <b>1</b>  |
| 1.1. ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA                                  | 4         |
| 1.2. PERTINÊNCIA DO ESTUDO                                         | 8         |
| <b>II. REVISÃO DA LITERATURA</b>                                   | <b>11</b> |
| 2.1. BREVE PERSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE O ENVELHECIMENTO            | 11        |
| 2.1.1. A Problemática do Envelhecimento                            | 11        |
| 2.1.2. Causas e consequências do envelhecimento                    | 15        |
| 2.1.3. Teorias gerais do envelhecimento biológico                  | 16        |
| 2.1.4. Teorias do envelhecimento psicossociais                     | 17        |
| 2.1.5. Desafios de uma população em processo de envelhecimento     | 21        |
| 2.2. ORGANIZAÇÕES DO TERCEIRO SETOR                                | 23        |
| 2.2.1. Terceiro setor em Portugal                                  | 26        |
| 2.2.2. Gestão das organizações do terceiro setor                   | 27        |
| 2.3. QUALIDADE DE VIDA E IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS                | 29        |
| 2.3.1. Aspectos que interferem na qualidade de vida do idoso       | 31        |
| 2.3.2. Gestão da Qualidade de vida e da dependência na Instituição | 33        |
| 2.3.3. Aspectos Sociais da Institucionalização                     | 36        |
| 2.3.4. Fatores associados ao risco de institucionalização          | 41        |
| <b>III. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b>                             | <b>43</b> |
| 3.1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS DO ESTUDO                 | 44        |
| 3.2. VARIÁVEIS                                                     | 45        |
| 3.3. HIPÓTESES                                                     | 47        |
| 3.4. POPULAÇÃO                                                     | 48        |
| 3.4.1. Contexto Geográfico do Estudo                               | 48        |
| 3.5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS                              | 50        |
| 3.6. FORMULÁRIO BIO-RELACIONAL DO IDOSO                            | 51        |
| 3.6.1. Grelha de avaliação da qualidade de vida do idoso           | 51        |
| 3.6.2. Avaliação das Atividades da Vida Diária (AVDs)              | 52        |
| 3.7. QUESTIONÁRIO SOBRE A GESTÃO DA INSTITUIÇÃO                    | 52        |
| 3.7.1. Aspectos éticos                                             | 54        |
| 3.8. MÉTODO E TÉCNICAS DE ANÁLISE                                  | 54        |

|                                                                                                        |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>IV. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>                                                 | <b>55</b>  |
| 4.1. CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES .....                                                             | 55         |
| 4.1.1. Questionário sobre a gestão do Lar por instituição.....                                         | 56         |
| 4.2. CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS.....                                        | 60         |
| 4.2.1. Gênero .....                                                                                    | 60         |
| 4.2.2. Grupo Etário.....                                                                               | 60         |
| 4.2.3. Estado Civil .....                                                                              | 61         |
| 4.2.4. Formação .....                                                                                  | 61         |
| 4.2.5. Ideia de institucionalização .....                                                              | 62         |
| 4.2.6. Motivo para a institucionalização .....                                                         | 62         |
| 4.2.7. Visitas familiares e amigos.....                                                                | 63         |
| 4.2.8. Relacionamento interpessoal.....                                                                | 64         |
| 4.2.9. Problemas de saúde .....                                                                        | 65         |
| 4.2.10. Existência de dor.....                                                                         | 65         |
| 4.2.11. Atividades diárias .....                                                                       | 66         |
| 4.3. ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA (QVI).....                                                            | 66         |
| 4.3.1. Isolamento/ Comunicação.....                                                                    | 67         |
| 4.3.2. Mobilidade.....                                                                                 | 67         |
| 4.3.3. Atividade de vida diária .....                                                                  | 67         |
| 4.3.4. Atividade ocupacional .....                                                                     | 68         |
| 4.3.5. Atividade Lúdica.....                                                                           | 68         |
| 4.3.6. Relação Familiar .....                                                                          | 69         |
| 4.3.7. Recursos econômicos .....                                                                       | 69         |
| 4.4. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS .....                                                    | 73         |
| 4.5. VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES FORMULADAS.....                                                         | 75         |
| <b>V. DISCUSSÕES DOS RESULTADOS.....</b>                                                               | <b>89</b>  |
| <b>VI. CONCLUSÕES/SUGESTÕES .....</b>                                                                  | <b>99</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                                                                | <b>101</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                                                     | <b>109</b> |
| ANEXO 1. FORMULÁRIO BIO-RELACIONAL DO IDOSO .....                                                      | 110        |
| ANEXO 2. GRELHA DE AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO (PARA CÁLCULO DO ÍNDICE QVI)..... | 112        |
| ANEXO 3. ÍNDICE MODIFICADO DE KATZ .....                                                               | 113        |
| ANEXO 4. QUESTIONÁRIO SOBRE A GESTÃO DO LAR.....                                                       | 114        |
| ANEXO 5. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS LARES DE TERCEIRA IDADE .....                                       | 115        |

## ÍNDICE DE QUADROS

|                                                                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 - Países com mais de 10 milhões de habitantes (em 2002) e com maior proporção de pessoas acima de 60 anos .....             | 2  |
| Quadro 2 - Indicadores Demográficos de Portugal e Regiões de saúde-2008.....                                                         | 3  |
| Quadro 3 - População Residente no Concelho de Oeiras Segundo Grandes Grupos Etários.....                                             | 4  |
| Quadro 4 - Proporção de dependência na 3ª idade em países/regiões selecionadas .....                                                 | 6  |
| Quadro 5 - Índices de Envelhecimento e dependência na população residente, segundo o sexo e grupos etários, Portugal, 2010-2050..... | 6  |
| Quadro 6 – Evolução de alguns equipamentos sociais .....                                                                             | 40 |
| Quadro 7 – Idosos da amostra por instituição .....                                                                                   | 50 |
| Quadro 8 – Idosos da amostra por instituição .....                                                                                   | 56 |
| Quadro 9 – Questionário sobre a gestão do Lar por instituição.....                                                                   | 58 |
| Quadro 10 – Recursos Humanos por instituição .....                                                                                   | 59 |
| Quadro 11 – Instituições que realizam turnos.....                                                                                    | 59 |
| Quadro 12 – Admissão de idosos segundo as várias instituições .....                                                                  | 59 |
| Quadro 13 – Comparticipação utente e/ou estado .....                                                                                 | 60 |
| Quadro 14 – Caracterização dos idosos por instituição (género, grupo etário, estado civil e formação) .....                          | 62 |
| Quadro 15 – Ideia e motivo de institucionalização.....                                                                               | 63 |
| Quadro 16 - Visitas aos Idosos .....                                                                                                 | 64 |
| Quadro 17 – Relações interpessoais dos Idosos.....                                                                                   | 65 |
| Quadro 18 – Problemas de Saúde dos Idosos .....                                                                                      | 65 |
| Quadro 19 – Existência de Dor .....                                                                                                  | 66 |
| Quadro 20 – Atividades diárias dos Idosos.....                                                                                       | 66 |
| Quadro 21 – Respostas dos idosos segundo os componentes da escala da qualidade de vida (QVI).....                                    | 70 |
| Quadro 22 – Índice da qualidade de vida (QVI) dos idosos.....                                                                        | 71 |
| Quadro 23 – Resultados da aplicação da escala do índice da qualidade de vida por instituição.....                                    | 72 |
| Quadro 24 – Teste de Kruskal-Wallis da escala do índice da qualidade de vida em função da instituição .....                          | 73 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Pirâmide etária de Portugal .....                           | 20 |
| Figura 2 - Freguesias do Concelho de Oeiras .....                      | 49 |
| Figura 3 - Escala do índice da qualidade de vida global.....           | 71 |
| Figura 4 - Escala do índice da qualidade de vida por instituição ..... | 72 |

## LISTA DE SIGLAS

|                |                                                         |
|----------------|---------------------------------------------------------|
| <b>a.c</b>     | Antes de Cristo                                         |
| <b>ADSE</b>    | Assistência na Doença dos Servidores do Estado          |
| <b>Art.</b>    | Artigo                                                  |
| <b>AVC</b>     | Acidente Vascular Cerebral                              |
| <b>AVD</b>     | Atividade da Vida Diária                                |
| <b>CASO</b>    | Centro Social de Oeiras                                 |
| <b>CCE</b>     | Comissão das Comunidades Europeias                      |
| <b>Cit.</b>    | Citado                                                  |
| <b>DGS</b>     | Direção Geral da Saúde                                  |
| <b>EU</b>      | União Europeia                                          |
| <b>IASFA</b>   | Instituto de Ação Social das Forças Armadas             |
| <b>ILPI</b>    | Instituto de Longa Permanência de Idosos                |
| <b>INE</b>     | Instituto Nacional de Estatística                       |
| <b>IPSS</b>    | Instituto Particular de Solidariedade Social            |
| <b>IQVI</b>    | Índice de Qualidade de vida do Idoso                    |
| <b>MTSS</b>    | Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social        |
| <b>OCDE</b>    | Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico |
| <b>OMS</b>     | Organização Mundial da Saúde                            |
| <b>ONG</b>     | Organização Não Governamental                           |
| <b>OPSS</b>    | Observatório Português do Sistema de Saúde              |
| <b>PARES</b>   | Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais |
| <b>PIB</b>     | Produto Interno Bruto                                   |
| <b>PNSI</b>    | Plano Nacional de Saúde do Idoso                        |
| <b>QDV</b>     | Qualidade de Vida                                       |
| <b>QVI</b>     | Qualidade de Vida do Idoso                              |
| <b>RNCCI</b>   | Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados        |
| <b>SNS</b>     | Sistema Nacional de Saúde                               |
| <b>WHO</b>     | World Health Organization                               |
| <b>WHOQUOL</b> | The World Health Organization Quality of Life           |

## I. INTRODUÇÃO

As alterações demográficas no último século trouxeram modificações na estrutura da pirâmide etária, refletindo um aumento do envelhecimento populacional. Com a diminuição das taxas de natalidade e com o envelhecimento da população, surge a necessidade de proporcionar uma maior qualidade de vida aos idosos. Daí a importância de se criar estratégias que venham suprir as necessidades dos idosos e proporcionem um maior bem estar bio-psico-social.

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, e que até 2050 haverá dois bilhões de pessoas, sendo que 80% destes em países em desenvolvimento e muitos idosos com 80 ou mais anos, constituem o grupo etário de maior crescimento (WHO, 2005).

Segundo o Instituto Nacional de Estatísticas (INE, 2002), Portugal não é exceção, entre 1960 e 1998 o envelhecimento da população portuguesa traduziu-se por um decréscimo de 35,1% na população jovem (entre 0-14 anos) e um incremento de 114,4% da população idosa (65 anos ou mais). Em termos de estrutura populacional segundo Nogueira (2009), em 2050 Portugal será o 4º país dos 25 da União Europeia com maior percentagem de idosos e com menor percentagem de população ativa e o 6º com maior índice de dependência no idoso, só ultrapassado pela Espanha, Itália, Grécia, Alemanha e Bélgica.

Segundo Organização Mundial da Saúde (2001) é considerado idoso, pessoas acima de 60 anos nos países subdesenvolvidos e 65 anos em países desenvolvidos. A Esperança de vida a nascença na União Europeia, é de 75 anos para os homens e 81 anos nas mulheres. Portugal se encontra dentro deste contexto, onde a esperança de vida é a mesma, situando na média europeia (INE, 2002). Isto se deve a resultante de novos estilos de vida, de condições de vida melhorada, de progressos nos cuidados de saúde e da diminuição considerável da natalidade, tornando o envelhecimento demográfico

como uma realidade problemática, exigindo a conjugação de esforços do ponto de vista político-social e de saúde que garantam um envelhecimento ativo e saudável.

**Quadro 1 - Países com mais de 10 milhões de habitantes (em 2002) e com maior proporção de pessoas acima de 60 anos**

| 2002        |        | 2025          |        |
|-------------|--------|---------------|--------|
| Itália      | 24,50% | Japão         | 35,10% |
| Japão       | 24,30% | Itália        | 34,00% |
| Alemanha    | 24,00% | Alemanha      | 33,20% |
| Grécia      | 23,90% | Grécia        | 31,60% |
| Bélgica     | 22,30% | Espanha       | 31,40% |
| Espanha     | 22,10% | Bélgica       | 31,20% |
| Portugal    | 21,10% | Reino Unido   | 29,40% |
| Reino Unido | 20,80% | Países Baixos | 29,40% |
| Ucrânia     | 20,70% | França        | 28,70% |
| França      | 20,50% | Canadá        | 27,90% |

Fonte: Nações Unidas, 2001; cit. Por WHO, 2005.

Quase três quartos da população total europeia vivem em seis dos 25 Estados-membros, designadamente: Alemanha, Reino Unido, França, Itália, Polónia e Espanha, enquanto um quarto se distribui por dezanove Estados-membros pouco ou muito poucos povoados. O relatório demográfico das Nações Unidas (2001) cit. por WHO, (2005), prevê uma descida significativa da população na maioria dos países do sul da Europa 24,5% na Itália, 23,9% na Grécia e 21,1% em Portugal; nos países centro-europeus, apesar de em menor grau na Áustria 12,8% e Alemanha 24,0%. A descida mais significativa ocorreu na Suécia 2,4% Comissão das comunidades europeias (CCE), 2005; Ramos (2009).

O Envelhecimento populacional é um fenómeno, que se relaciona com três fatores primordiais; a taxa de natalidade, de mortalidade e de migração, cada um por sua vez, decorrente de diferentes causas. A queda da mortalidade em todas as faixas etárias levou, inicialmente ao aumento da expectativa de vida ao nascer e a seguir, a expectativa de vida aos 60 anos. Isto foi secundado pela queda da fecundidade e natalidade, ocasionando o aumento da proporção de pessoas idosas. Essa situação, conhecida como transição demográfica é acompanhada por mudança da morbi-mortalidade, com aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas e queda das doenças infecciosas, levando o aumento de pessoas incapacitadas, dependentes de

cuidados de longa duração, um processo denominado transição epidemiológica (Kalache, Veras & Ramos, 1987; Pascoal, 2000).

Através de um estudo publicado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2002, sobre a situação demográfica e socioeconómica da população portuguesa pode-se observar que em 1981, 11,5% da população era constituída por idosos, já em 1991, os idosos eram 1 milhão e 300 mil, cerca de 13,6% do total da população do país. Atualmente, INE (2008) os idosos em Portugal são cerca de 1.702,120 pessoas (715.073 homens e 987.047 mulheres), o que corresponde a cerca de 16,4% da população total do País. As projeções para 2050, poderão representar cerca de 17,1% da população total (1.653.52 idosos), quando se toma em consideração a diminuição das taxas de fecundidade e do aumento da esperança de vida.

“Portugal, á semelhança do que se passa no resto da união europeia apresenta pouco dinamismo demográfico. No país predomina uma estrutura etária cada vez mais envelhecida apresentando baixos níveis de fecundidade e mortalidade “(Cabrita, 2003).

Não podemos esquecer que segundo a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económicos (1998) um país é considerado velho quando a percentagem de pessoas com mais de 65 anos ultrapassa os 7%.

Nos próximos 50 anos, Portugal poderá continuar com cerca de 10 milhões de residentes, mas manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, projetando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem (INE, 2009).

**Quadro 2 - Indicadores Demográficos de Portugal e Regiões de saúde-2008**

| <b>População por Idade</b> | <b>Portugal</b> | <b>Região Norte</b> | <b>Lisboa e vale</b> | <b>Alentejo</b> | <b>Algarve</b> |
|----------------------------|-----------------|---------------------|----------------------|-----------------|----------------|
| 0-14 anos%                 | 15,3            | 15,9                | 15,4                 | 13,0            | 15,2           |
| 15-44 anos%                | 41,9            | 43,8                | 40,8                 | 38              | 40,3           |
| 45-64anos%                 | 25,3            | 25,1                | 26                   | 24,7            | 25,6           |
| 65-84anos%                 | 15,7            | 13,7                | 16,1                 | 21,6            | 17             |
| 85 a +anos%                | 1,7             | 1,4                 | 1,6                  | 2,8             | 1,9            |

Fonte: INE, 2010

Conforme os dados do INE (2005) observamos que o envelhecimento demográfico em Portugal não se manifesta de forma homogênea em todo o território e analisando os indicadores por regiões de saúde, verifica-se que a região de saúde Norte

é a que representa um índice de envelhecimento mais baixo e a região de saúde do Alentejo, um índice mais elevado.

“Todas as regiões do país tem tendência a envelhecer, mas as que envelhecem com mais velocidade são o Alentejo e o Algarve. Esta situação decorre da evolução demográfica do Alentejo se caracterizar por crescimentos efectivos negativos, devido a saldos naturais e migratórios negativos. Este fenómeno implicou a perda de população em todos os grupos etários, com excepção dos idosos. As regiões do país com índices de envelhecimento mais baixos foram os Açores e a Madeira” (Correia, 2003: 27).

**Quadro 3 - População Residente no Concelho de Oeiras Segundo Grandes Grupos Etários**

| <b>População Residente no Concelho de Oeiras</b> |                  |                   |                   |                     |
|--------------------------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| <b>Grupos Etários</b>                            | <b>0-14 anos</b> | <b>15-24 anos</b> | <b>25-64 anos</b> | <b>65 ou + anos</b> |
| 1991                                             | <b>18,30%</b>    | <b>16,50%</b>     | <b>54,70%</b>     | <b>10,50%</b>       |
| 2001                                             | <b>14,00%</b>    | <b>13,80%</b>     | <b>57,30%</b>     | <b>14,90%</b>       |
| 2007                                             | <b>15,20%</b>    | <b>9,80%</b>      | <b>57,70%</b>     | <b>17,30%</b>       |

Fonte: INE, 2001

Constata-se um acentuado fenómeno de envelhecimento da população residente no concelho de Oeiras, tomando como referência o índice de envelhecimento verifica-se que em 1991 o concelho de Oeiras tinha uma população jovem, no período intercensitário seguinte passou a ter população ligeiramente envelhecida 57,3 e em 2007 apresentou um elevado índice de envelhecimento, uma condição global de 113,8. Na comparação com o índice de envelhecimento do concelho da grande Lisboa (203,4), Oeiras é a seguir o concelho com maior peso relativo no grupo etário mais envelhecido (mais de 64 anos) apresentando uma taxa bruta de natalidade de 12% e de mortalidade de 8,7% em relação a Portugal taxa de natalidade de 10,9% e de mortalidade de 10,2% (Câmara Municipal de Oeiras, 2009).

## **1.1. ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA**

“O envelhecimento pode ser considerado um processo dinâmico e progressivo, onde há modificações tanto morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. É um fenómeno universal e irreversível, que diferencia-se de um indivíduo para o outro.” (Filho & Eurico, 2000: 40).

No contexto das questões do envelhecimento, a problemática da dependência tem vindo a ocupar progressivamente um lugar de destaque. Tal centralidade deve-se precisamente ao fato de se verificar um crescimento exponencial das situações incapacitantes nas pessoas muito idosas, sobretudo estados demenciais que conduzem a elevados défices ou mesmo perda de autonomia (Quaresma, 2004; Ribeirinho, 2005).

O progresso na medicina e os avanços tecnológicos contribuíram para o aumento da sobrevivência de pessoas com doenças crônicas e com diferentes graus e tipos de dependência (Cabrita, 2003).

A Dependência é definida como a incapacidade da pessoa funcionar satisfatoriamente sem ajuda, devido as limitações físico-funcionais, as limitações cognitivas ou à combinação dessas duas condições. Assim é possível ser inválido sem ser dependente e vice-versa. Essa conceituação é central á diferenciação entre os conceitos de independência e autonomia; se a primeira condição é a capacidade funcional que é avaliada, a essência da autonomia é a noção e o exercício do autogoverno (Neri, 2004).

A definição de dependência apresentada pelo Ministério da Segurança Social e do Trabalho (2002: 16), é:

“... um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes da vida ou A. V. D.'s”.

Segundo Ribeirinho (2005) a dependência é a incapacidade do indivíduo para adotar comportamentos ou executar por si mesmo, sem a ajuda de terceiros, ações que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades. Ser dependente, por ser idoso ou por outros motivos, passa pelo fato de o indivíduo não poder realizar sem ajuda as principais atividades da vida diária, quer sejam físicas, psicológicas, económicas ou sociais.

Segundo WHO (2005) Autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências. E a independência é, em geral, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros. À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência.

**Quadro 4 - Proporção de dependência na 3ª idade em países/regiões selecionadas**

| 2002             |      | 2025             |      |
|------------------|------|------------------|------|
| Japão            | 0,39 | Japão            | 0,66 |
| América do Norte | 0,26 | América do Norte | 0,44 |
| União Europeia   | 0,36 | União Europeia   | 0,56 |

Fonte: Nações Unidas, 2001

Segundo a ONU a proporção de dependência na 3ª idade está mudando rapidamente em todo o mundo. No Japão, em 2001, existia 39 pessoas acima de 60 anos para cada 100 pessoas entre 15 e 60 anos e a estimativa é que em 2025 este número aumentará para 66 pessoas.

**Quadro 5 - Índices de Envelhecimento e dependência na população residente, segundo o sexo e grupos etários, Portugal, 2010-2050**

| Anos/Sexo<br>2010 | Índice de Envelhecimento % | Índices de dependência % |        |
|-------------------|----------------------------|--------------------------|--------|
|                   |                            | Jovens                   | Idosos |
| H                 | 93,7                       | 23,7                     | 22,3   |
| M                 | 136,9                      | 22,3                     | 30,5   |
| <b>2015</b>       |                            |                          |        |
| H                 | 104,5                      | 23,1                     | 24,1   |
| M                 | 152                        | 21,7                     | 32,9   |
| <b>2020</b>       |                            |                          |        |
| H                 | 120,8                      | 21,8                     | 26,3   |
| M                 | 173,5                      | 20,5                     | 35,6   |
| <b>2025</b>       |                            |                          |        |
| H                 | 140,3                      | 20,9                     | 29,3   |
| M                 | 197,6                      | 19,8                     | 39     |
| <b>2030</b>       |                            |                          |        |
| H                 | 160,2                      | 20,7                     | 33,2   |
| M                 | 221,9                      | 19,7                     | 43,7   |
| <b>2035</b>       |                            |                          |        |
| H                 | 175,4                      | 21,3                     | 37,3   |
| M                 | 238,8                      | 20,3                     | 48,5   |
| <b>2040</b>       |                            |                          |        |
| H                 | 190,6                      | 22,5                     | 42,8   |
| M                 | 255,1                      | 21,5                     | 54,9   |
| <b>2045</b>       |                            |                          |        |
| H                 | 204                        | 23,6                     | 48,2   |
| M                 | 269,4                      | 22,7                     | 61     |
| <b>2050</b>       |                            |                          |        |
| H                 | 211,1                      | 24,2                     | 51,2   |
| M                 | 276,4                      | 23,3                     | 64,4   |

Fonte: DGS, 2008

Relativamente aos índices de envelhecimento e dependência, a Direção Geral de Saúde estima-se que em Portugal de 2010 a 2050, haverá um aumento progressivo nos índices de envelhecimento e dependência em ambos os sexos e faixas etárias.

Segundo Carrilho e Gonçalves (2004) verifica-se um aumento na taxa de dependência dos idosos ao longo dos anos, da análise relativa por cada País da União europeia, Portugal, Bélgica, Alemanha, Grécia, Itália e Suécia são os que representam uma taxa de dependência de idosos mais elevada, com mais baixa a pertencer a Turquia.

A Organização Mundial de Saúde manifesta, reiteradamente, a sua preocupação com o aumento da expectativa de vida, principalmente considerando o espectro assustador da incapacidade e da dependência, as maiores adversidades da saúde associadas ao envelhecimento.

O número de pessoas idosas com limitações na sua vida diária é, hoje em dia, muito significativo. Estima-se que cerca de um terço dos idosos com 65 ou mais anos precisam de ajuda para realizar as suas atividades de vida diária e calcula-se portanto que existam cerca de 600.000 idosos em todo o país, com algum nível de dependência. As consequências de um envelhecimento bem sucedido constituem por isso grandes oportunidades e desafios para a sociedade, Centro de Formação Profissional para a Qualidade (CEQUAL, 2005).

Na perspectiva de Fernandes (2002), a perda de autonomia é um dos principais fenômenos que influencia a qualidade de vida das pessoas idosas, sobretudo quando esta se dá a nível psicológico, na qual precisa-se de cuidados especiais e onde as instituições destinadas a prestar assistência a essa população se tornam cada vez mais necessárias.

Atualmente é fundamental a promoção da saúde e os cuidados de prevenção aos idosos, pois estas ações vão possibilitar melhorar a saúde, a qualidade de vida e aumentar a longevidade sem incapacidade dos mesmos, contribuindo para uma gestão mais racional dos recursos de saúde, humanos, económicos e sociais.

Face a realidade do envelhecimento, as sociedades vão tentando encontrar formas de gerir estas alterações demográficas, criando redes de suporte formais e informais de apoio aos idosos. A rede de suporte formal é composta de organismos de ajuda governamentais, e é constituída por várias instituições (centros de dia, hospitais de dia, lares, centros de convívio, e a rede de suporte informal, ou também chamada rede natural de ajuda, é constituída pelo companheiro, parentes, filhos, amigos e vizinhos).

Foi neste enquadramento que emergiu a formulação da questão central deste estudo, orientada para um conhecimento mais aprofundado sobre a gestão da qualidade de vida e da dependência destes idosos institucionalizados e suas diferentes dimensões.

Com base na problemática e nos objetivos desta investigação, o presente trabalho do ponto de vista estrutural foi dividido em capítulos:

- I. Enquadramento teórico, onde foi constituído pela contextualização do envelhecimento demográfico na Europa e em Portugal, teorias e desafios do envelhecimento, Organização do terceiro setor, gestão do terceiro setor, gestão da qualidade de vida e da dependência em idosos institucionalizados residentes.
- II. Retrata o enquadramento metodológico, justificação e objetivos, população/amostra, variáveis, hipóteses, instrumento de recolha dos dados, procedimentos da colheita, procedimentos éticos, limitações, tratamento estatístico e análise dos dados.
- III. Compreende a apresentação e discussão dos resultados da investigação.
- IV. Apresentam-se as principais conclusões e algumas sugestões.

## **1.2. PERTINÊNCIA DO ESTUDO**

O Envelhecimento é um processo natural que provoca alterações e desgastes em vários sistemas funcionais que ocorrem de forma progressiva e irreversível. O momento que estas transformações ocorrem, quando passam a ser percebidas e como evoluem, diferencia-se de uma pessoa a outra. Com idades mais avançadas as limitações visuais, auditivas, motoras e intelectuais bem como o surgimento de doenças crónico-degenerativas intensificam-se ocasionando a dependência nas atividades quotidianas e uma diminuição da condição de saúde do idoso que acaba precisando com mais frequência dos serviços de saúde.

Em Portugal, cerca de 33% dos utentes ligados a estabelecimentos de seguridade social são idosos, nomeadamente 12% em Instituição de longa permanência para idosos (ILPIs), 11% apoio domiciliário e 10% centros de dia (INE, 2002). Diante do exposto torna-se evidente que as ILPIs vem assumindo uma dupla função social e de saúde,

passando a ter a missão de prestar serviços de qualidade através de uma assistência interdisciplinar, surgindo muitas vezes como única opção para os idosos e suas famílias.

Deste modo, com o aumento do número de idosos nas sociedades, e de acordo com as últimas projeções da world health organization-WHO (2005), estima-se que em 2025 o número global de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, exceda os 800 milhões de pessoas.

Com este processo de envelhecimento demográfico que estamos a viver, associado às mudanças verificadas na estrutura e comportamentos sociais e familiares, determinará, nos próximos anos, novas necessidades em saúde, lançando enormes desafios aos sistemas de saúde no que se refere não apenas à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados, como à sustentabilidade dos próprios sistemas e exigindo que, ao aumento da esperança de vida à nascença, corresponda um aumento da esperança de vida com saúde e sem deficiência (DGS,2004).

Este envelhecimento populacional traz consigo mudanças estruturais importantes numa sociedade, Papaléo Netto e Carvalho Filho (2006) ressalta que a expectativa de vida de uma população é um dos indicadores mais importantes de saúde, devendo-se o seu aumento á melhoria das condições de vida e de trabalho, do nível educacional, de escolaridade e dos serviços de saúde.

A complexidade dos problemas sociais dos idosos institucionalizados exigem vários olhares, diversas maneiras de abordá-los, aglutinando saberes e práticas dos gestores e da equipa dos cuidados continuados para a construção integrada de soluções que possam garantir a esta população uma vida com melhor qualidade.

Portanto, frente a transição demográfica e epidemiológica, avaliar a gestão da qualidade de vida de idosos em lares assume importância fundamental, no sentido de favorecer uma sobrevida cada vez maior com uma qualidade de vida cada vez melhor.

- De que forma a gestão da instituição interfere ou não na qualidade de vida e na dependência dos seus utentes internos, idosos institucionalizados?
- Qual será o grau de dependência nas AVDs dos idosos destas instituições?

Com esta pesquisa pretendemos:

- Identificar as causas que levaram a institucionalização;
- Identificar o grau de dependências destes idosos nas AVDs;

- Conhecer a qualidade de vida dos idosos nesta instituição;
- Aferir o papel dos gestores e os custos com a institucionalização;
- Identificar as variáveis que possam interferir na qualidade de vida destes idosos institucionalizados.

Os objetivos deste estudo são:

- I. Caracterizar o perfil do idoso institucionalizado;
- II. Investigar a qualidade de vida do idoso na instituição;
- III. Mensurar o seu grau de dependência nas atividades diárias;
- IV. Delinear o papel dos gestores na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

## **II. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. BREVE PERSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE O ENVELHECIMENTO**

A temática do envelhecimento é retratado desde o antigo testamento em (Gênesis 6,3), onde relata que a longevidade máxima do ser humano vai até 120 anos. Os filósofos também relataram o tema, onde Platão (427-347a.c) considerava o resultado do envelhecimento, uma continuidade da vida de jovens e adultos, numa lógica bem atual de que se envelhece como se viveu. Aristóteles (384-322 a.c) tem uma visão antagônica a de Platão. Ao apontar as fases da vida do homem, refere-se a quarta e última como sendo a da senilidade, com deterioração generalizada das capacidades. Na medicina grega Hipócrates (460-377 a.c) foi o primeiro a formular hipóteses médicas relativas as causas do envelhecimento. Segundo ele a energia, isto é o calor interno, espírito vital é dada a cada pessoa ao nascer e a vida vai gastando progressivamente esse reservatório até a extinção, sendo que tanto a quantidade inicial como o consumo variam de individuo para individuo. O envelhecimento é assim um fenômeno puramente natural, físico e irreversível. Na medicina romana Galeno (131-201), que de resto é de origem grega, combina a teoria Aristotélica e o método de observação Hipocrático explicando o envelhecimento de acordo com a patologia humoral e psicológica (Paul, 2005).

#### **2.1.1. A Problemática do Envelhecimento**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) inclui na terceira idade os indivíduos com, igual ou superior a 65 anos, residentes em países desenvolvidos e, com 60 anos ou mais, os residentes em países em desenvolvimento. Então, alguns gerontólogos referem que tendo em conta a idade cronológica, os idosos podem ser subdivididos em:

- Idoso Jovem- 65 a 74 anos de idade;
- Idoso- 75 a 84 anos;

- Idoso-Idoso- 85 a 99 anos;
- Idoso velho- acima dos 100 anos.

Birren e Cunningham (1985) cit. por Almeida (2008) consideram que cada pessoa não tem só uma idade, mas três: a idade biológica, social e a psicológica e são caracterizadas da seguinte forma:

- A idade biológica - está ligada ao envelhecimento orgânico, assistindo-se a uma redução da capacidade de funcionamento dos órgãos e uma menor eficácia da sua auto-regulação.
- A idade social - encontra-se relacionada com seu papel social e com seus hábitos em relação as outras pessoas, sendo fortemente influenciado pela cultura do meio onde a pessoa está inserida. Um exemplo é como a reforma é encarada, se para uns é um prêmio, para outros pode ser a morte social.
- A idade psicológica - tem a ver com o comportamento da pessoa em relação as mudanças de ambiente, onde estão englobadas a memória, a inteligência e as motivações empreendedoras.

Segundo Marchand (2001) cit. por Almeida (2008) mais dois aspectos podem ser levados em conta em relação as dimensões da idade:

- Dimensão cronológica- que se traduz pelo tempo entre o nascimento e a morte;
- Dimensão funcional- traduzida pela capacidade de adaptação as solicitações sociais.

A influência dos fatores extrínsecos, a longevidade e bem-estar do homem são o resultado da interação do homem com o meio ambiente, ao adotar comportamentos que caracterizam seu estilo de vida. A exposição solar, os hábitos alimentares, alcoólicos, tabágicos e a inatividade tem forte influência na longevidade humana (WHO, 2005).

Com os progressos tecnológicos, os avanços da medicina e as condições econômicas, são determinantes do aumento da esperança de vida que está cada vez maior, com um envelhecimento mais ativo.

Segundo WHO (2005) Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no final dos anos 90. Procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (Kalache & Kickbusch, 1997 cit. por WHO, 2005).

O envelhecimento saudável é assim entendido como a interação entre saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária (capacidade de vestir-se, tomar banho, fazer higiene, transferir-se, alimentar-se, ser continente), integração social, suporte familiar e independência econômica.

Segundo WHO (2005) A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou desfazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países.

O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

Com este envelhecimento populacional os custos com a previdência e saúde, obriga os países a adotarem políticas econômicas direcionadas a esta população, devido a profundos aumentos nos gastos públicos, o que pode desacelerar o crescimento econômico tanto nos países ricos quanto nos pobres, estas são razões para se implementar programas e políticas que promovam o envelhecimento ativo, em termos de aumento de participação e redução de custos com cuidados. As pessoas que se mantêm saudáveis conforme envelhecem enfrentam menos problemas para continuar a trabalhar.

Atualmente, tais políticas públicas estão sendo implementadas, pois eles observaram que é menos dispendioso prevenir a doença do que tratá-la, especialmente se mais e mais indivíduos atingirem a terceira idade gozando de boa saúde, ou seja,

ainda aptos para o trabalho. Isso ajudaria a compensar os crescentes custos com pensões e aposentadorias, assim como os custos com assistência médica e social.

A problemática do envelhecimento demográfico é um assunto recente de preocupação, os problemas com os gastos na saúde e na segurança social e a prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, tanto a nível físico como psíquico, tem como consequência um aumento nos custos de saúde, quer pela população ou pelo estado, o mercado emergente das necessidades de cuidados e de serviços, surgiu a necessidade de se criar estratégias que possibilitem melhorar a qualidade de vida destes e consequentemente diminuir os gastos na área da saúde. Os idosos atingem já os 20% da população em vários países e tornam-se uma preocupação social para os estados (Paul, 2005).

Segundo a Organização de cooperação e desenvolvimento econômicos (2011) no conjunto dos 30 países da OCDE, Portugal é o País que gasta menos em cuidados continuados, gasta apenas 0,1% do produto interno bruto (PIB) com uma projeção de subida aos 0,2% em 2050. Porém, segundo este mesmo órgão as despesas com idosos vão duplicar até 2050. Daqui a quatro décadas, o número de idosos em Portugal será mais do dobro: 32% dos Portugueses terão mais de 65 anos e 11% contra os 4,4% atuais terão mais de 80 anos. E em 2050, a quantidade de pessoas a necessitar de cuidados de longa duração deverá afetar uma em cada 10 pessoas, ou seja, 10% da população.

As Conclusões da OCDE apontam para que o custo médio total das despesas com esta população por parte dos governos da OCDE ascende a 1,5% do PIB, devendo aumentar na mesma proporção do número de pessoas a recorrerem a este serviço. A maior parte dos países da OCDE reserva entre 1% e 1,5% do PIB aos cuidados continuados, como os cuidados paliativos, os lares e a assistência domiciliária. Esse número sobe para os 3,6% na Suécia e na Holanda e desce abruptamente para os 0,1% em Portugal e na Hungria.

Portanto, podemos dizer que o desafio que o envelhecimento demográfico atual representa para as sociedades poderá globalmente ser analisado segundo as seguintes dimensões:

- Relativo declínio da população ativa e envelhecimento da mão de obra;

- Pressão sobre os regimes de pensão e as finanças públicas, provocada pelo número crescente de reformados e pela diminuição da população em idade ativa;
- Necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência a pessoas idosas;
- Diversidade dos recursos e das necessidades dos idosos;
- Inatividade abrupta que cria sentimentos de inutilidade, rejeição e afastamento.

### **2.1.2. Causas e consequências do envelhecimento**

São consensuais entre os especialistas e instituições que estudam esta temática que as causas do envelhecimento assentam em três fatores: Diminuição da fecundidade, evolução tecnológica com o conseqüente aumento a nível da esperança de vida e os saldos migratórios.

Pode-se observar que os estudos revelam dados quantitativos de um envelhecimento populacional decorrente de um processo de transição demográfica, definida por uma inversão da pirâmide etária populacional, na qual se observa um estreitamento da base, ocupada pelas categorias etárias mais jovens, e um alargamento do ápice, ocupada pela população mais idosa. Esta transição demográfica originada de avanços tecnológicos na área de saúde, implicam um aumento da expectativa de vida, mas, principalmente, redução na taxa de fecundidade.

A forma de envelhecer pressupõe alterações ao organismo e terminologias diversas por parte dos investigadores, deste modo, conceptualizar gerontologia e envelhecimento é importante para o melhor entendimento. Então a Gerontologia que etiologicamente, provém do grego (logos), é descrita como uma ciência da saúde que estuda, o processo de envelhecimento (geros), ou seja a gerontologia estuda as mudanças que acompanham a senescência do ponto de vista físico, psicológico, social e cultural (Almeida, 2008).

Deste modo, Santos (2000) cit. por Padilha (2007) refere que a gerontologia abrange alguns aspectos, tais como: *o envelhecimento biológico*, que caracteriza a perda progressiva da capacidade do corpo para se renovar, com diferenciações de uma pessoa a outra e até diferenciações no mesmo indivíduo, quando alguns órgãos envelhecem mais rápido que outros; *o envelhecimento psicológico*, responsável pelos processos

sensoriais perceptíveis, bem como, da vida afetiva do indivíduo; o *envelhecimento comportamental*, caracterizado pelas modificações supra referidas, enquadradas num determinado meio e reagrupadas em: aptidões, expectativas, motivações, auto-imagem, papéis sociais, personalidade e adaptação, o envelhecimento social acontece de forma diferenciada em culturas diversas e, está condicionado a capacidade de produção do indivíduo, sendo a reforma, o marco mais relevante da considerada velhice.

Vimos que o processo de envelhecimento é um fenômeno difícil de definir e explicar, motivo que tem levado vários investigadores a formulação de hipóteses relacionadas com o mesmo. Tais hipóteses permitem compreender o processo de envelhecimento humano, caracterizado por um conjunto de fatores biológicos.

### 2.1.3. Teorias gerais do envelhecimento biológico

Apesar de várias teorias e autores que tentam explicar estas alterações do envelhecimento, geralmente estas são divididas em duas categorias: Biológicas e Psicossociais.

Segundo Mailoux-poirier (1995) e Pascoal (2000) as teorias biológicas são:

- Teoria **imunitária** – o envelhecimento resulta da formação de anticorpos que atacam as células sãs do organismo. Há uma disfunção gradual do sistema imunitário que deixa de conseguir distinguir as células sãs, das células estranhas atacando certas partes do corpo como se fossem agentes invasores.
- Teoria **genética** – o envelhecimento resulta de uma deterioração da informação genética que é biologicamente programada, fazendo parte de um contínuo desenvolvimento humano, seguindo rigorosamente a embriogênese, a puberdade e a maturação.
- Teoria do erro da **síntese proteica** – o envelhecimento resulta da morte celular, uma vez que as rupturas a nível de ADN ou as mudanças de posição dos compostos químicos dessa cadeia falseiam a informação genética, impedindo consequentemente a célula de produzir as proteínas essenciais a sobrevivência das células.

- Teoria do **desgaste** – dado que o organismo se comporta como uma máquina em que as partes se deterioram com o uso, o envelhecimento torna-se o resultado disso mesmo.
- Teoria dos **radicais livres** – o envelhecimento e a morte celular provêm dos efeitos nefastos causados pela formação de radicais livres. Estes provocam a peroxidação dos lipídios não saturados e transformam-nos em substâncias tóxicas que envelhecem as células.
- Teoria **neuro-endócrina** – o envelhecimento resulta do fracasso ou insuficiência do sistema neuro-endócrino para a regulação das diferentes funções do corpo humano.

O sinal mais evidente do envelhecimento biológico é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face as alterações do meio ambiente. Esta diminuição acentua-se na longevidade e com o aparecimento das doenças crônicas, devido as modificações anatômicas, fisiológicas e funcionais do organismo.

Segundo Berger (1995) Ocorrem mudanças fisiológicas no organismo do idoso que vão interferir no seu bem-estar, tais como:

Mudanças estruturais: Ocorre a nível metabólico e celular, nas células e tecidos; composição global do corpo e do peso corporal; músculos, ossos e articulações; pele e tecido subcutâneo e tegumentos.

Mudanças funcionais: Ocorre a nível do ritmo e modo de realização das funções do organismo; nos sistemas cardiovascular, respiratório, renal, gastrointestinal, nervoso e sensorial, endócrino e metabólico, reprodutor, imunitário, ritmos biológicos e sono.

#### 2.1.4. Teorias do envelhecimento psicossociais

Segundo Mailoux-Poirier cit. por Almeida (2008), referem que dentre este tipo de teorias podemos citar:

- Teoria da **separação** – Esta teoria defende que a par do envelhecimento nem a separação física, psicológica e social, em que o idoso se desliga do seu meio, enveredando por um isolamento social, isto é deixa de viver em sociedade.

- Teoria da **atividade** – Nesta teoria é necessário que os idosos se mantenham ativos, pois isto afasta-os-á do isolamento, a atividade fá-los-á sentirem maior satisfação bem como os ajuda a manter a auto-estima e saúde. Uma velhice bem sucedida implica que o idoso descubra novos papéis, que podem desempenhar nesta etapa da vida.
- Teoria da **Estratificação Etária** – Para esta teoria a sociedade é constituída por diversos grupos etários, com diferentes papéis e objetivos. Cada um destes grupos deve movimentar-se enquanto responde a mudanças de ambiente.
- Teoria do **Grupo Minoritário** – Esta teoria, afirma que os idosos constituem um grupo etário minoritário pelo que são discriminados socialmente.
- Teoria da **Diferença Sociocultural** – A diferença permite saltar um “status” ou a valorização da pessoa dentro de um mesmo grupo e/ou grupos diferentes.
- Teoria do **Conflito de Gerações** – Esta teoria existe devido a alguns conflitos existentes entre os idosos e as gerações mais novas, principalmente no que se refere a participação política, a produção social de marginalidade e dependência.
- Teoria da **Continuidade** – Defende que o curso de vida de cada pessoa se caracteriza pelas experiências de vida de cada um, ou seja pela história de vida.
- Teoria **Unificada da Física** – Aborda várias teorias onde combinadas umas com as outras, está-se a caminhar no sentido da grande teoria unificadora em torno dos conceitos da velhice.

Com os avanços científicos e tecnológicos, nomeadamente no campo da genética, muitas teorias poderão ser questionados e até desprezados, devido essencialmente no campo biológico com a descoberta de genes responsáveis pelas doenças, que podem vir a ser identificados de modo a prevenir e/ou tratar as doenças, essencialmente, através da terapia genética, o que pode influenciar grandemente a

morbilidade e mortalidade das pessoas, melhorando assim a sua qualidade de vida (Almeida, 2008).

Se é verdade que os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, contribuem para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da vida, não podemos esquecer que, em muitas situações, o declínio das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais. São importantes exemplos dessas situações, pela sua prevalência, entidades clínicas como a depressão bem como os fenômenos de solidão e de isolamento de muitas pessoas idosas (DGS, 2004).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2004) O envelhecimento faz parte do ciclo da vida, sendo este desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social as realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente as fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

Como consequência do envelhecimento da população residente em Portugal, a DGS criou um programa de saúde para as pessoas idosas, que visa a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exige uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em articulação com a rede de Cuidados Continuados de Saúde criada pelo Decreto-lei nº.281/2003 de 8 de Novembro. Este programa faz parte do Plano Nacional de Saúde de 2004-2010 (DGS, 2004).

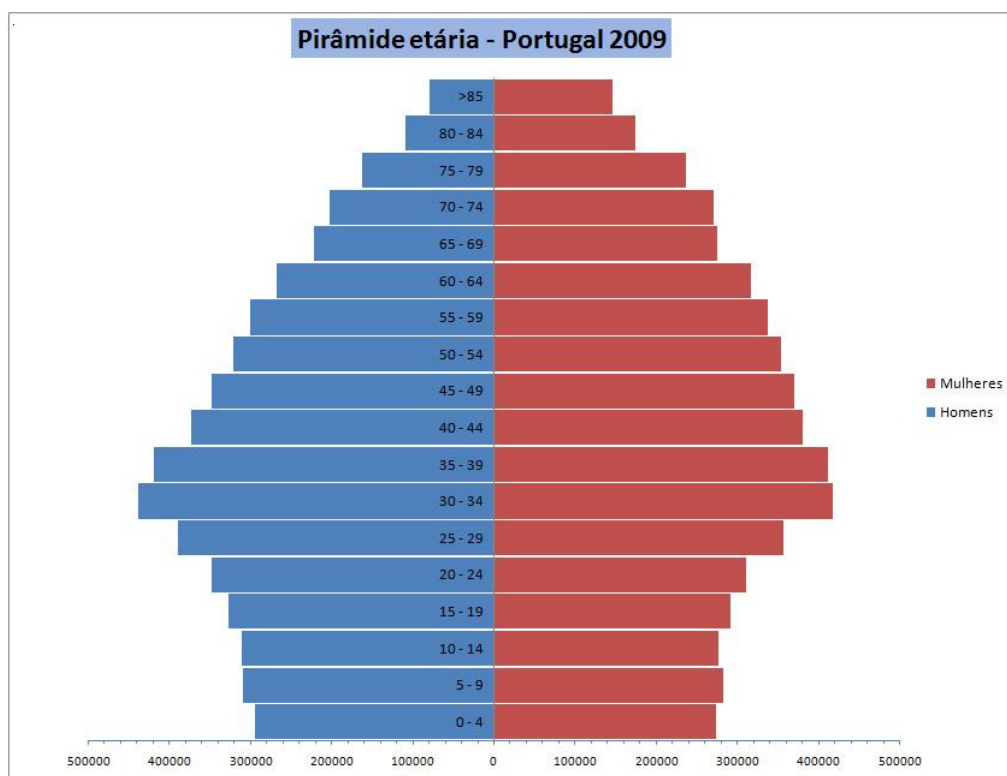
Deste modo é evidente que os cuidados devem ser planeados, coordenados e disponibilizados de acordo com as necessidades do cidadão e da família e dos recursos existentes com a pretensão de que mesmo regresse ou mantenha-se no seu domicílio o maior tempo possível (Stanhope & Lancaster, 1999).

O envelhecimento da população portuguesa, em decorrência da transição demográfica, proporcionou uma acentuada mudança na pirâmide etária no qual evidencia-se as seguintes alterações: na base ocorreu uma drástica queda na fecundidade, ou seja, nasce menos crianças por casal. No meio, evidencia-se o alargamento da pirâmide, deixando claro o maior número de jovens na idade ativa e

produtiva e, por fim, no topo; percebe-se o alargamento decorrente da maior longevidade. Assiste-se assim, ao fenômeno da “inversão” da pirâmide de idades.

Segundo Henriques (2006) em Portugal, de 1960 a 2001, o fenômeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa (65 e mais anos). Em 2001, os idosos já somavam 16.4% da população geral, sendo a maioria mulheres (INE, 2002). Atualmente estima-se que a população portuguesa com mais de 65 anos, esteja em torno de 17% e, a projeção para 2025 é de 32%. Em relação à faixa etária na casa dos 80 anos ou mais, segundo o INE (2005) houve um aumento significativo, chegando mesmo a quadruplicar no período de 1960-2004. A projeção segundo este instituto é que em 2025 as pessoas acima de 80 anos chegue a 10,2% da população.

Portugal será o quarto país da União Europeia com mais idosos e o sexto da OCDE com maior índice de dependência de idosos. No contexto dos cuidados de longa duração estarem diretamente relacionados com as alterações demográficas, são os níveis de dependência que condicionam a necessidade destes cuidados. Recuperar quem está em dependência, enquanto as políticas de envelhecimento ativo se desenvolvem são os desafios no momento a nível global (Almeida, 2008).



Fonte: INE, 2009

**Figura 1 - Pirâmide etária de Portugal**

Muitas são as políticas que focam o idoso e sua família, porém as dificuldades na implementação abrangem desde a precária captação de recursos ao frágil sistema de informação, passando pela inadequada capacitação de recursos humanos. As mudanças são lentas apesar de nos últimos anos o processo de envelhecimento ter sido cada vez mais discutido.

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, refletindo o envelhecimento da população, vieram colocar às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados.

### **2.1.5. Desafios de uma população em processo de envelhecimento**

Os desafios de uma população em processo de envelhecimento são globais, nacionais e locais. Superar esses desafios requer um planejamento inovador e reformas políticas substanciais tanto em países desenvolvidos como em países em transição. Segundo WHO (2005) os desafios são:

#### **– O primeiro desafio: As doenças**

À medida que as nações se industrializam, mudanças nos padrões de vida e trabalho são inevitavelmente acompanhadas por uma transformação nos padrões das doenças. O maior desafio da geriatria é o enfrentamento dos problemas mais típicos das pessoas de idade avançada, as grandes Síndromes Geriátricas ou Gigantes da Geriatria também chamados “IS”, que são: a Imobilidade, Instabilidade, Incontinência e a Insuficiência cerebral. Esta mudança no padrão de doenças transmissíveis para as não transmissíveis está ocorrendo rapidamente na maioria dos países desenvolvidos, onde as doenças crônicas que afetam os idosos em todo o mundo: Doenças cardiovasculares (tais como doença coronariana); Hipertensão; Derrame; Diabetes; Câncer; Doença pulmonar obstrutiva crônica; Doenças músculo-esqueléticas (como artrite e osteoporose); Doenças mentais (principalmente demência e depressão); Cegueira e diminuição da visão e Doenças do trato genito-urinário, estão cada vez mais se tornando as principais causas de morte e invalidez.

– **O segundo desafio: O maior risco de deficiência**

Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, as doenças crônicas são causas importantes e dispendiosas de deficiência e pior qualidade de vida. Com o passar dos anos, os portadores de deficiências tendem a encontrar mais obstáculos relacionados ao processo de envelhecimento. Diversas pessoas desenvolvem alguma deficiência mais tarde, que se relaciona ao desgaste do processo de envelhecimento como a artrite ou ao início de uma doença crônica, que poderia ter sido evitada como o cancro de pulmão, diabetes doença vascular periférica, ou uma doença degenerativa, como as demências. A probabilidade de sofrer sérias deficiências cognitivas e físicas aumenta dramaticamente em pessoas de idade muito avançada.

Entretanto, as doenças associadas ao processo de envelhecimento e o início de doenças crônicas podem ser prevenidos ou adiados, com programas, ambientes e políticas de capacitação, em diversos setores.

– **Terceiro desafio: Provisão de cuidados**

À medida que as populações envelhecem, um dos maiores desafios da política de saúde é alcançar um equilíbrio entre o apoio ao “autocuidado” (pessoas que cuidam de si mesmas), apoio informal (cuidado por familiares e amigos) e cuidado formal (serviço social e de saúde). Os cuidados formais incluem cuidados de saúde primários (prestados principalmente na comunidade) e cuidados institucionais (em hospitais ou casas de repouso).

– **Quarto desafio: A feminização do envelhecimento**

As mulheres vivem mais do que os homens em quase todos os lugares. Este fato reflete-se na maior taxa de mulheres por homens em grupos etários mais velhos.

– **Quinto desafio: Ética**

Várias considerações éticas vêm à tona à medida que as populações envelhecem, e frequentemente se relacionam à discriminação por idade na alocação de recursos, às questões sobre a morte e a uma porção de dilemas associados a cuidados a longo prazo e direitos humanos de cidadãos pobres e portadores de deficiência.

Alguns avanços científicos e a medicina moderna, suscitaram várias questões éticas relacionadas à pesquisa e manipulação genética, biotecnologia, pesquisa de

células tronco, e uso de tecnologia para prolongar a vida com o comprometimento da qualidade.

– **Sexto desafio: A economia de uma população em processo de envelhecimento**

Os governantes temem, talvez mais que tudo, que o envelhecimento rápido da população leve a uma explosão incontrolável na área da saúde e custos com seguro social. Não há dúvida de que a população da terceira idade irá aumentar as demandas nessas áreas, e há provas de que inovação, cooperação de todos os sectores, e escolha de políticas planejadas, baseadas em evidência e culturalmente apropriadas irão capacitar os países a gerir com sucesso a economia de uma população em processo de envelhecimento.

As políticas e programas de promoção da saúde que previnem doenças crônicas e diminuem o grau de incapacidade entre cidadãos idosos permitem que vivam de forma independente por mais tempo.

– **Sétimo desafio: A criação de um novo paradigma**

A terceira idade foi tradicionalmente associada à aposentadoria, doença e dependência. As políticas e programas vinculadas a este paradigma ultrapassado não refletem a realidade, pois, na verdade, a maioria das pessoas permanece independente na idade mais avançada. Especialmente nos países em desenvolvimento, várias pessoas acima de 60 anos continuam a participar da força de trabalho. Em todos os países, as atividades voluntárias dos idosos são uma importante contribuição social e económica para a sociedade. O novo paradigma requer programas que apoiem o aprendizado em todas as idades e permitam às pessoas entrar e sair do mercado de trabalho para assumir o papel de cuidadores em diferentes momentos.

## **2.2. ORGANIZAÇÕES DO TERCEIRO SETOR**

A expressão Terceiro setor foi criada nos anos 70, nos Estados Unidos, visando delimitar as atividades de setor sem fins de lucro no contexto norte-americano. Tem como parâmetros básicos para a sua aplicabilidade a *“flexibilidade e a eficiência do mercado com a equidade e a previsibilidade da burocracia do Estado”* (Coelho, 2000).

Segundo Fernandes (2002) “... o Terceiro Setor é composto de organizações sem fins lucrativos, criadas e mantidas pela ênfase na participação voluntária, num âmbito não-governamental, dando continuidade a práticas tradicionais de caridade, da filantropia e do mecenato e expandindo o seu sentido para outros domínios, graças, sobretudo, à incorporação do conceito de cidadania e de suas múltiplas manifestações na sociedade civil.”

Costa (2002) afirma que por terceiro setor entende-se a sociedade civil que se organiza e busca soluções próprias para suas necessidades e problemas, fora da lógica do estado e do mercado. É o envolvimento das organizações sociais frente ao desenvolvimento de políticas públicas atreladas ao desenvolvimento econômico, tendo em vista uma equidade social.

As organizações do terceiro setor não fazem parte do Estado, nem a ele estão vinculadas, mas se revestem de caráter público na medida em que se dedicam a causas e problemas sociais e em que, apesar de serem sociedades civis privadas, não têm como objetivo o lucro, e sim o atendimento das necessidades da sociedade (Tenório,1999).

Salamon e Anheir (1997) cit. por Silva (2008) definem cinco pré-requisitos para a caracterização de uma organização como sendo do terceiro setor. São eles:

- ser organizada, isto é, ter algum grau de institucionalização;
- ser privada, isto é, institucionalmente separada do governo;
- não fazer distribuição de lucros;
- ser autogovernável;
- ter algum grau de participação voluntária, mesmo que apenas no conselho diretor.

De acordo com Meregé, cit. por Srour (1998) o terceiro setor é um conjunto de organizações não governamentais, caracterizadas pelo aspecto de não possuir fins lucrativos e que a partir de âmbito privado buscam resultados públicos, com propósitos de trazer respostas aos problemas sociais como saúde, educação, direitos civis, proteção ao meio ambiente, etc. Suas receitas podem ser geradas em atividades operacionais, mas resultam, sobretudo, de doações do setor privado ou do setor governamental.

Segundo Muraro e Lima (2003), o terceiro setor subdivide-se em várias categorias:

- **Associação:** representa organizações que exercem atividades comuns ou defendem interesses comuns ou mútuos. É uma organização voltada aos interesses dos próprios participantes, compreendendo uma grande variedade de objetivos e atividades recreativas, esportivas, culturais, artísticas, comunitárias e profissionais.
- **Organizações filantrópicas, beneficentes e de caridade:** são organizações voltadas à filantropia: (assistencialismo no auxílio a pobres, desvalidos, desfavorecidos, miseráveis, excluídos e enfermos). É composta por abrigos, orfanatos, centro para indigentes, organizações voltadas à distribuição de alimentos, vestuário, hospitais, creches, serviços sociais na área de saúde e educação, como colégios religiosos e universidades. O que caracteriza estas organizações são a boa vontade, solidariedade, espírito fraterno e serviço à comunidade.
- **Organizações não governamentais:** A rigor, a ONG difere das organizações filantrópicas por não exercer nenhum tipo de caridade, chegando até a se posicionar contra esta atitude. A ONG luta pelo direito e pela igualdade de todos. É uma organização comprometida com a sociedade civil, com movimentos sociais e com a transformação social.
- **Fundações privadas:** É uma categoria de conotação essencialmente jurídica. A criação de uma fundação se dá, segundo o código civil, pelo instituidor, que através de uma escritura ou testamento, destina bens livres, especificando o fim a ser alcançado. Trabalham também com vários fins: educação, saúde, qualidade de vida, dentre outros.

No contexto de uma sociedade que experimenta um rápido envelhecimento de sua população e que não vem encontrando soluções adequadas para as demandas e necessidades dos idosos. Quer no âmbito do estado, quer no da sociedade civil nos moldes atuais, o terceiro setor preenche um vazio, desempenhando a importante função de promover a inclusão social dos idosos (Oliveira, 2003).

A relevância do terceiro setor, segundo Quintão (2004), do ponto de vista econômico, está em produzir bens e serviços em diversas áreas de atividades econômicas e nas últimas décadas as empresas sociais terem dinamizado novas atividades, novos produtos e mercados em respostas as necessidades sociais não satisfeitas pelos setores público ou lucrativo; por se apresentar como setor empregador, com criação de empregos ao público desfavorecido e da luta contra a exclusão social, com soluções institucionais autônomas do setor público e privado e no desenvolvimento local em regiões mais deficitárias com a criação de empregos.

### **2.2.1. Terceiro setor em Portugal**

A especificidade do terceiro setor e da sua institucionalização não é consensual do ponto de vista teórico e político. Segundo estudo International Center for Research and Information on the Public and Cooperative Economy (CIRIEAC), cit. por Quintão (2004 p.13), Portugal encontra-se atualmente no conjunto de países onde o terceiro setor está em emergência, numa grelha de análise com base em três critérios: a ligação entre as diversas partes que compõe o terceiro setor (os diversos ramos de organizações e setores de atividades, formas de relação); o reconhecimento pelas autoridades públicas, legislativas e institucionais; e a visibilidade na comunidade científica.

A análise do reconhecimento do terceiro setor em cada um dos países originou três grupos distintos:

1. Países onde a economia social se encontra estabelecida, nomeadamente França e Bélgica. Nestes países existem já desenvolvidas estruturas de ligação interna do setor de caráter nacional ou regional.
2. Países onde o terceiro setor está em emergência, são os casos de Portugal, Suécia, Grécia, Reino Unido, Itália, Irlanda, Finlândia, Dinamarca e Luxemburgo. Onde o conceito de terceiro setor ou economia social tem se mantido de forma confusas, sendo identificadas iniciativas nos diversos setores, sem idéias claras.
3. Países onde o terceiro setor está fragmentado, são os casos da Alemanha, Áustria e Holanda. Nestes países a noção de terceiro setor não tem aplicação, porque as organizações sofreram processos de transformação, que os tem

aproximado mais de empresas capitalistas do que dos princípios presentes na gênese destas organizações.

Segundo Jacob (2002), Silva (2005) e Almeida (2008) no final do século XV existiam quatro tipos de estabelecimentos assistenciais: Albergarias, Mercearias (obrigação religiosa de fazer o bem pela alma ou saúde de alguém), Hospitais (como hospedarias para os pobres) e Gafarias ou Leprosarias. Estas últimas geridas especialmente pelas Misericórdias, criadas em 1498. Apenas os hospitais, agora com uma função declaradamente de prestação de cuidados de saúde, subsistem hoje em dia em Portugal.

“A partir do século XVII a solidariedade começa a demarcar-se do sentido puramente religioso da caridade para se assumir como um dever social do Estado e da sociedade civil, «... no transcurso da evolução observada [1700-1830] o que ressalta é o triunfo do modelo filantrópico sobre o religioso” (Silva, 2005: 3).

Com o decorrer dos anos, este sentimento de que as respostas sociais de apoio eram também da responsabilidade do estado e da própria sociedade civil, foi-se sedimentando e amadurecendo, dando origem, em termos legislativos à criação das Instituições Particulares de Solidariedade Social, conhecidas habitualmente pela sigla IPSS.

A criação da Casa Pia nos finais do século XVIII pode ser considerada como uma referência para o lançamento da assistência social com origem pública/estatal em Portugal.

### **2.2.2. Gestão das organizações do terceiro setor**

Segundo Drucker (1997) a gestão é uma atividade presente em toda organização e como tal demanda planeamento, recursos e controle. Nessa perspectiva surge a gestão da organização, a partir da definição da missão, que constitui a justificativa social e económica da sua razão de existir, e a direção para onde deve dirigir seus esforços. Neste contexto surge a figura do gestor como líder que possui habilidades e conhecimentos capazes de mobilizar e comprometer as pessoas com os objetivos da organização. A insuficiência crônica de recursos, na organização do terceiro setor demanda gestores não só competentes, mas também envolvidos e comprometidos com a

missão organizacional. O que vai caracterizar a especificidade da gestão do terceiro setor é a missão e os objetivos da instituição, que privilegia a dimensão coletiva da ação social.

Segundo o conceito clássico, desenvolvido por Henry Fayol, o gestor é definido pelas suas funções no interior da organização: é a pessoa a quem compete a interpretação dos objetivos propostos pela organização e atuar, através do planeamento, da organização, da liderança ou direção e do controle, a fim de atingir os referidos objetivos (Chiavenato, 2001).

Daqui se conclui que o gestor é alguém que desenvolve os planos estratégicos e operacionais que julga mais eficazes para atingir os objetivos propostos, concebe as estruturas e estabelece as regras, políticas e procedimentos mais adequados aos planos desenvolvidos e, por fim, implementa e coordena a execução dos planos através de um determinado tipo de comando ou liderança e de controle.

Compreende-se que a situação de uma organização do terceiro setor, se deve em parte, a percepção do gestor quanto as suas decisões. Assim como em todo tipo de organização, os problemas não são facilmente detectados a curto prazo e isso somente se torna visível aos gestores depois que problemas fogem do seu controle (Oliveira, 2003).

A gestão institucional tem passado por muitas reflexões e se tratando de instituições da sociedade civil que atuam junto à políticas sociais setoriais, tem-se observado e apreendido que, cada vez mais há a necessidade de serem gerenciadas de forma técnica e profissional, com ênfase na participação de todos os envolvidos no âmbito institucional (Costa, 2002).

Diante da realidade da institucionalização em Portugal, surge o Decreto-Lei n.º 133-A/97, Art.46 que define o regime de licenciamento e fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos em que sejam exercidas atividades de apoio social do âmbito da segurança social. Nestes termos, e no que respeita às atividades de apoio social dirigidas a pessoas idosas, o Despacho Normativo n.º 12/98, publicado no Diário da República, 1.ª série-B, n.º 47, de 25 de Fevereiro de 1998, veio estabelecer as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos.

Segundo estas normas, a direção técnica do lar deve ser assegurada por um elemento com formação técnica e académica adequada, de preferência na área das ciências sociais e humanas. Ao diretor compete, em geral, dirigir o estabelecimento,

assumindo a responsabilidade pela programação de atividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, e em especial:

- *a) Promover reuniões técnicas com o pessoal; b) Promover reuniões com os utentes, nomeadamente para a preparação das atividades a desenvolver; c) Sensibilizar o pessoal face à problemática da pessoa idosa; d) Planificar e coordenar as atividades sociais, culturais, recreativas e ocupacionais dos idosos.*

Diante da realidade do envelhecimento e do aumento dos instrumentos sociais é importante uma melhor qualificação e empenho dos gestores para a melhoria na qualidade dos serviços prestados na instituição.

### **2.3. QUALIDADE DE VIDA E IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Ao falar-se de qualidade de vida, deve-se ter em conta que este conceito é de difícil conceituação, durante estas últimas décadas, o debate sobre o significado não encontrou consenso satisfatório.

Segundo (OMS, 2002) a qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo de sua posição de vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

O termo qualidade de vida é muito abrangente englobando os seus sentimentos e o seu comportamento de explicitar que é com base nesta visão que a OMS (1999) considera existir uma cultura universal sobre a qualidade de vida e propondo a avaliação em seis domínios; Físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade.

Para Birren e Dieckman (1987) cit. por Lawton (1991) a qualidade de vida se refere as circunstâncias da vida de um indivíduo, grupo ou população. O conceito de qualidade de vida é complexo e abrange muitas características do ambiente social e físico, assim como da saúde e do estado interno dos indivíduos.

Segundo Holmes e Dickerson (1987) cit. Por Pascoal (2000) qualidade de vida é um termo complexo e abstrato, representando as respostas individuais dos fatores físicos, mentais e sociais que contribuem para um dia-a-dia normal. Compreende áreas

muito diversas, que contribuem para o todo incluindo; satisfação pessoal, auto-estima, desempenho, comparação com outros, experiência e conhecimento prévios, situação econômica, saúde geral e estado emocional. Todos eles fatores que contribuem para qualidade de vida total.

Martins (2006) distinguiu dois componentes na qualidade de vida, a componente objetiva tem a ver com o aspecto quantitativo e a subjetiva relaciona-se com variáveis qualitativos e com a individualidade da pessoa.

A qualidade de vida compreende uma dimensão objetiva quando avalia medidas de funcionamento físico, psicológico e social, e subjetiva quando dependente da percepção que o indivíduo tem relativamente a diferentes aspectos do seu contexto de vida e que compreende a componente física e psicológica nas relações com o meio (Ramos, 2009).

O The world health organization quality of life (WHOQOL Group ,1995) refere que, embora não haja uma definição consensual sobre qualidade de vida existe, no entanto, acordo no que se refere às três principais características do constructo e que são partilhadas por diversas correntes de opinião: *subjectividade*, *multidimensionalidade* e *bipolaridade*.

Quanto à *subjectividade*, perspectiva do indivíduo, como ele se reconhece ou seja percebe seu estado, fatores que influenciam a avaliação que as próprias fazem da sua qualidade de vida.

No referente à *multidimensionalidade*, os pesquisadores estão de acordo que qualidade de vida envolve pelo menos três áreas - física, psicológica e social -, embora existam outras que podem ser acrescentadas.

Em relação à *bipolaridade*, esta justifica-se uma vez que a expressão em causa possui dimensões positivas e negativas. Enfatizando as percepções do indivíduo acerca destas dimensões.

Por sua vez, a avaliação da qualidade de vida muda com o tempo, de pessoa para pessoa, segundo o lugar e segundo o contexto cultural; daí a sua *mutabilidade* (Pascoal, 2000).

Avaliações de qualidade de vida vem sendo incorporadas as práticas do setor saúde cada vez mais. Nos últimos 30 anos o construto tem emergido como um atributo importante da investigação clínica e da formulação de políticas de saúde.

Segundo Lawton (1983) construir um modelo de qualidade de vida na velhice em que a multiplicidade de aspectos e influências inerentes ao fenômeno é representada em quatro dimensões inter-relacionadas:

- Condições ambientais- diz respeito ao contexto físico, ecológico e ao construído pelo homem, ou seja, o ambiente deve oferecer condições adequadas a vida das pessoas;
- Competência comportamental- traduz o desempenho dos indivíduos frente as diferentes situações de sua vida, e portanto o potencial de cada um;
- Qualidade de vida percebida- reflete a avaliação da própria vida, influenciada pelos valores que o individuo foi agregando e pelas expectativas pessoais e sociais;
- Bem-estar subjectivo- Significa satisfação global com a própria vida, aspectos ambientais, competência comportamental ou adaptativa e percepção da qualidade de vida.

### **2.3.1. Aspectos que interferem na qualidade de vida do idoso**

A Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários divulgou através da circular normativa nº1 CSI/DAS 13/01/93, uma grelha de avaliação da qualidade de vida do idoso cujos objetivos eram (Martins, 2004, cit. por Almeida, 2008): *“identificar as necessidades e respectivas medidas de apoio global à pessoa idosa; determinar prioridades de intervenção; elaborar orientações técnicas na área da saúde global”*.

Os investigadores que estudam a qualidade de vida no idoso, observam o fato de que esta pode ser medida a partir de uma grelha de avaliação, assente em sete componentes básicas da vida adulta, a saber:

- Isolamento/comunicação afetiva e social;
- Mobilidade;
- Atividade da vida diária;
- Atividade ocupacional;
- Atividade lúdica;
- Relação familiar;
- Recursos económicos

### **Isolamento**

Nesta faixa etária, tanto homens como mulheres apresentam maior probabilidade de perder parentes e amigos, de ser mais vulneráveis à solidão. O isolamento social e a solidão na velhice estão ligados a um declínio de saúde tanto física como mental, Sendo causas das doenças psico-geriátricas (Paúl, 2005).

### **Mobilidade**

Ambientes adaptados e com acessibilidade a todos os espaços físicos, podem representar a autonomia para todas as pessoas, especialmente aquelas em processo de envelhecimento.

### **Atividades da vida diária**

Os níveis de dependência podem ser avaliados por vários instrumentos dentre eles, temos índice de Katz, que foi criado por Sidney Katz, em 1963, onde ele desenvolveu o primeiro discernimento teórico e de padronização para avaliar com precisão quantitativa as descrições da magnitude e severidade dos problemas funcionais dos idosos. Este estudo do índice de Katz ou índice de independência nas atividades da vida diária, foi voltado para pacientes institucionalizados; com o passar do tempo foi adaptado para o uso em população da comunidade. O índice cobre atividades em seis categorias: Tomar banho, vestir-se, higiene, transferências, continência e alimentar-se.

As escalas de Katz nas atividades básicas da vida diária avaliam as condições básicas das pessoas cuidarem-se de si próprias, representando, pois, limitações quando se procura uma definição real de seu desempenho físico. Ela propicia uma descrição sumária da capacidade de autocuidado, além de permitir a identificação de fatores de risco e monitoramento da evolução clínica das doenças diagnosticadas. O tempo requerido para aplicação é extremamente curto, entre cinco a dez minutos (Papaléo Netto, 2005).

### **Atividade ocupacional**

A reabilitação cognitiva é feita pelo terapeuta ocupacional em que busca resgatar e estimular o idoso através de atividades do seu cotidiano, que mantenham ativos a sua concentração, sequência de pensamentos, atenção e capacidade de fazer escolhas.

### **Atividade lúdica**

Segundo Jacob (2002) Esta atividade favorece a construção e reconstrução do conhecimento de uma maneira agradável e a criação de espaços para o idoso, é uma alternativa de promoção de saúde do idoso. Diversas pesquisas mostram que as atividades lúdicas trazem benefícios para os idosos e que estas necessitam de uma abordagem diferenciada nas atividades de outras faixas etárias, devido o grau de limitação física, o risco de quedas, o baixo nível de escolaridade, as preferências particularizadas e a história clínica típicos da idade, tendo como objetivos a estimulação permanente, reminiscências, o distanciamento do quotidiano e a associação com a realidade.

### **Relação familiar**

A família exerce um papel fundamental, na medida em que o envelhecimento acelerado da população ocorre, conhecendo as suas fragilidades e mantendo o idoso ativo com seu importante papel no grupo familiar e na sociedade.

### **Recursos econômicos**

São fatores que interferem na qualidade de vida, devido ser estes que serão usados no futuro como meio de subsistência e manutenção do padrão de vida do idoso.

Recorreremos à utilização desta escala, dado que, responde aos objetivos do nosso estudo, e se encontra validada para a população portuguesa, existindo já alguns dados que poderão servir-nos de comparação quando da análise e discussão dos resultados.

#### **2.3.2. Gestão da Qualidade de vida e da dependência na Instituição**

Um dos fatores que interfere na dependência dos idosos institucionalizados é o ambiente institucional, sendo necessário medidas que o torne adequado para atender às principais limitações funcionais do idoso, garantindo-lhe conforto, segurança e independência para a realização de suas atividades diárias.

Com o aumento da idade e o tempo de institucionalização, tende a aumentar também o grau de dependência, a perda progressiva de autonomia e a redução das capacidades físicas e cognitivas, portanto é importante medidas que venham prevenir

problemas que surgem com o passar dos dias, como as quedas que geram imobilizações, fraturas, dependência e uma série de consequências limitantes para a vida do idoso institucionalizado.

Daí a importância de um ambiente institucional adaptado, surgindo então a ergonomia como um papel indispensável, adaptando o ambiente às necessidades do indivíduo idoso, promovendo melhor segurança, conforto, independência, melhor adequação do idoso ao ambiente, além de prevenir as quedas (IIDA, 2001).

De acordo com as normas reguladoras do Despacho Normativo n.º 12/98 as condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos, exige que o funcionamento do lar deva garantir e proporcionar ao idoso:

“A prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência; Uma alimentação adequada, atendendo, na medida do possível, a hábitos alimentares e gostos pessoais e cumprindo as prescrições médicas; Uma qualidade de vida que compatibilize a vivência em comum com o respeito pela individualidade e privacidade de cada idoso; A realização de atividades de animação sócio-cultural, recreativa e ocupacional que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os idosos e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas; Um ambiente calmo, confortável e humanizado; Os serviços domésticos necessários ao bem-estar ao idoso e destinados nomeadamente, à higiene do ambiente, ao serviço de refeições e ao tratamento de roupas; Plano de atividades de animação social, cultural e recreativa; Preçário, com indicação dos valores mínimos e máximos praticados.”

**Acessibilidades-** As escadas devem ser em lances retos, com largura mínima de 1,20m, dotadas de corrimão em ambos os lados, não devendo existir vão livre entre o piso e o corrimão. A rampa deve ter inclinação máxima de 5% largura mínima de 1,50m, dotada de corrimão, piso revestido com material não derrapante, que permita o livre rolamento de cadeiras de rodas, inclusive. Exige-se que existam no mínimo 2 (dois) acessos independentes, sendo um deles para os idosos e outro para os serviços.

Os prédios deverão dispor de meios que possibilitem o rápido escoamento, em segurança, dos residentes, em casos de emergência, de acordo com as normas estabelecidas pelos bombeiros.

**Mobiliário-** O mobiliário do lar deve ser, em geral, idêntico ao de qualquer habitação, por forma a conseguir-se um ambiente próximo do familiar.

a) As camas devem ser individuais, devendo existir camas articuladas na percentagem mínima de 30% da totalidade de camas existentes; b) Devem existir mesas de refeições próprias para apoio às camas articuladas na mesma proporção destas; c) Os quartos devem ser ainda equipados com armários-roupieiros com espelho e mesas-de-cabeceira individuais; d) A dimensão das camas é a estandardizada e devem ser colocadas de topo em relação a uma das paredes; e) Nos quartos de casal a distância entre um dos lados da cama e a parede é, no mínimo, de 0,9 m e do outro lado deverá ser prevista uma área livre de 2,25 m<sup>2</sup>, devendo inscrever-se nela uma circunferência de 1,5 m de diâmetro; f) Nos quartos duplos o distanciamento entre as camas deve ser, no mínimo, de 0,9 m, devendo ser considerado um espaço mínimo de 0,6 m entre uma das camas e a parede lateral e uma área livre de 2,25 m<sup>2</sup> (correspondente a uma circunferência de 1,5 m de diâmetro) entre a outra cama e a parede lateral; g) Em todos os quartos, no topo livre das camas, deve prever-se espaço de circulação com 1 m de largura, no mínimo.

Os revestimentos dos pisos devem ser preferencialmente monocromáticos e de material de fácil limpeza e antiderrapante, nas áreas de circulação, banheiros, refeitórios e cozinha.

Nas instalações sanitárias e na cabeceira de cada leito ocupado por residente com dificuldade de locomoção, deverá ser instalado um botão de campainha ao alcance do utente.

Quanto a limpeza e higienização: As dependências deverão ser mantidas em perfeitas condições de higiene e asseio. Todo o lixo deverá ser acondicionado em sacos plásticos apropriados, deverá ser prevista lixeira ou abrigo de lixo externo à edificação para armazenamento dos resíduos até a coleta municipal. Os revestimentos dos pisos devem ser preferencialmente monocromáticos e de material de fácil limpeza e antiderrapante, nas áreas de circulação, banheiros, refeitórios e cozinha.

Nas instalações sanitárias e na cabeceira de cada leito ocupado por residente com dificuldade de locomoção, deverá ser instalado um botão de campainha ao alcance do utente.

A iluminação deve ser difusa e conduzir a um nível luminoso compreendido entre 150 lx e 250 lx em todas as áreas, exceto naquelas em que se desenvolvam atividades específicas que exijam níveis de iluminação compatíveis com as mesmas.

Nas Instalações elétricas e hidráulicas sempre que possível, as canalizações elétricas e hidráulicas devem ser embebidas, para não acumularem sujidade devendo ter inspeção técnica frequente.

Estudos e pesquisas fundamentadas nas necessidades oriundas do envelhecimento da população são necessárias para elaboração e planejamento de estratégias para uma melhor gestão de serviços de qualidade, mais organizados e controlados para dá suporte as necessidades específicas desta faixa etária na instituição.

### **2.3.3. Aspectos Sociais da Institucionalização**

As políticas gerontossociais na Europa apoiam-se apenas em dois pilares, instituições e apoio domiciliário, esquecendo da família. A ausência quase total de ajudas eficazes destinadas às pessoas que cuidam dos familiares, as quedas, as doenças incapacitantes, a depressão as perdas cognitivas são fatores que levam as famílias a recorrer às instituições de apoio aos idosos.

Então, neste contexto surge a institucionalização que é o processo mediante o qual um conjunto de normas de comportamento, que orientam uma atividade social, adquire regulamentação jurídica formal. Num sentido mais amplo, institucionalização refere-se a um processo de cristalização de procedimentos, de comportamentos, quer tenham ou não importância social relevante, não se trata apenas de normas, mas também de significados, valores ou conhecimentos (Reichel, 2001).

Considera-se institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família. Idosos institucionalizados residentes são os que vivem 24 horas por dia numa instituição, no caso dos lares ou residências.

Para Goffman (cit. por Santos & Encarnação, 1998, p.40):

"As instituições totais ou permanentes consistem em lugares de residência onde um grupo numeroso de indivíduos em condições similares, levam uma vida fechada e formalmente administrada por terceiros. Existe uma ruptura com o exterior, dado que todos os aspectos da vida são regulados por uma única entidade".

Segundo Lucena (2002), Institucionalização é o termo usado para descrever tanto o processo de, quanto os prejuízos causados a seres humanos pela aplicação

opressiva ou corrupta de sistemas de controles sociais, médicos ou legais inflexíveis por instituições públicas, ou sem fins lucrativos criados originalmente com fins e razões benéficas.

A assistência institucional a longo prazo é definida como um conjunto de assistência de saúde e assistência pessoal, além de serviços sociais dispensados ao longo de um período sustentado de tempo a pessoas que perderam ou que nunca alcançaram algum grau de capacidade funcional (Guccione, 2002).

Segundo a Constituição da República Portuguesa (1998) no seu art.72, as pessoas idosas tem direito a segurança econômica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento e a marginalização social. Apesar das medidas que tem sido implementadas, como a criação de lares, centros de dia ou organizações de outro tipo, sejam insuficientes e vão respondendo aos problemas mais prementes.

Segundo a Carta Social da Rede de Serviços e Equipamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS): 2007, o motivo principal de ingresso no lar parece estar diretamente relacionado com a incapacidade do idoso num determinado momento da sua vida em gerir as suas atividades da vida diária, coexistindo esta incapacidade com a impossibilidade da família em garantir o apoio necessário nesse sentido. Tem-se observado que em alguns casos, o recurso ao serviço de apoio domiciliário precede e retarda a efetivação da institucionalização no lar, sendo esta, para muitos idosos, a última opção em termos de apoio à dependência.

A crescente necessidade de institucionalização de idosos tem chamado a atenção da população em geral e levado alguns segmentos da sociedade a se preocuparem com as condições em que se encontra o contingente populacional residente nestes espaços. Em 1993, realizou-se um encontro na Holanda, da responsabilidade da Associação Europeia de Diretores de Instituição de Idosos, donde saiu a Carta Europeia dos Direitos e Liberdade do Idoso Residente em Instituições e que podemos citar (Born & Boechat, 2006, p.1134; Almeida, 2008, p.81).

- “Promover e melhorar constantemente a qualidade de vida e minimizar as inevitáveis restrições acarretadas pela vida na instituição;
- Manter a autonomia do idoso;
- Favorecer a livre expressão da sua vontade;
- Favorecer o desenvolvimento da sua capacidade;

- Possibilitar liberdade de escolha;
- Garantir um ambiente de aconchego na instituição como na sua própria casa;
- Respeitar a privacidade;
- Reconhecer o direito do idoso a seus próprios pertences, independentemente da sua limitação;
- Reconhecer o direito do idoso a assumir riscos pessoais e exercer responsabilidade conforme sua escolha;
- Respeitar a manutenção do seu papel social;
- Garantir acesso ao melhor cuidado conforme seu estado de saúde;
- Proporcionar cuidado integral e não apenas médico”.

Segundo Reichel (2001) a assistência de cuidados continuados, envolve serviços necessários para prevenir as deteriorações da saúde evitáveis, tratar exacerbações agudas de doenças crônicas, manter a independência na maior extensão possível e restaurar o estado funcional ideal. O primeiro passo na avaliação e no planejamento da assistência de longo prazo a saúde de idosos fragilizados é obter e organizar a informação com relação as atividades da vida diária (AVD), a saúde física, a saúde mental, aos recursos socioeconômicos e ao ambiente, para que se torne o menos restritivo possível.

A transferência do idoso do domicílio para a instituição pode produzir danos ao idoso, fazendo que este apresente elevada carência afetiva, dificuldades para adaptar-se ao novo ambiente, devido ao afastamento dos laços religiosos ou culturais, perda da autonomia por incapacidades físicas e mentais, elevado grau de sedentarismo, tendência a depressão e confusão, perda de contato com a sociedade, despersonalização, insuficiência de suporte financeiro, sensação de proximidade com a morte e medo de doença. (Antonini et.al, 2008 cit. por Ramos, 2009).

Embora os apoios sociais e financeiros dirigidos aos idosos se continuem a revelar insuficientes, em Portugal parece-nos relevante salientar algumas formas de equipamentos sociais disponíveis segundo a MTSS(2006); Almeida (2008):

- **Centro de convívio** – Equipamento que pretende dinamizar atividades sócio-recreativas e culturais, havendo participação ativa, por parte dos idosos, na sua organização.
- **Centro de dia** – Presta um conjunto de serviços que permitem a sua permanência no seu ambiente sócio-familiar.

- **Residência ou lares de idosos** – Conjunto de apartamentos, onde existem serviços de utilização comuns, para idosos independentes ou parcialmente independentes. São estabelecimentos em que são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando o convívio e a ocupação dos tempos livres dos utentes.
- **Serviço de Apoio Domiciliário** – Segundo o Despacho Normativo nº 62/99, de 12 Novembro “*consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados*“, no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou das actividades da vida diária”.
- **Acolhimento familiar** – Consiste na integração temporária ou permanente em famílias consideradas adequadas, de pessoas idosas, nas seguintes situações: inexistência ou insuficiência de respostas sociais, que sejam capazes de desenvolver o apoio adequado, de modo a garantir a permanência das pessoas idosas no seu domicílio; ausência da família ou quando esta não é capaz de garantir condições mínimas para assegurar o seu acompanhamento.
- **Centro de acolhimento temporário para idosos** – Tem o objetivo de acolher temporariamente a pessoa idosa, que necessita de apoio social de emergência, sendo posteriormente efetuada a sua inclusão no seio familiar ou a transferência para outro serviço ou equipamento de natureza permanente.
- **Centro de noite** – Utilizado por pessoas idosas que durante o dia são autónomos, mas que durante a noite, por qualquer motivo, necessitam de alguma assistência.

**Quadro 6 – Evolução de alguns equipamentos sociais**

| Ano  | Lares | Centro de dia | Centros de convívio | Assistência Domiciliária |
|------|-------|---------------|---------------------|--------------------------|
| 1970 | 214   | 0             | 0                   | 0                        |
| 1976 | 230   | 35            | 0                   | 0                        |
| 1981 | 322   | 145           | 60                  | 28                       |
| 1985 | 401   | 389           | 74                  | 89                       |
| 1986 | 416   | 412           | 69                  | 95                       |
| 1988 | 417   | 489           | 70                  | 220                      |
| 1989 | 439   | 41            | 109                 | 315                      |
| 1994 | 669   | 951           | 203                 | 784                      |
| 2000 | 1407  | 1542          | 447                 | 1581                     |

Fonte: Fernandes, A. A. (1997). Velhice e sociedade, p.209; European Commission. (2005). The social situation in the European Union 2004; Almeida, 2008.

Segundo dados de 2004 existiam 1517 Lares de Terceira Idade legais que davam resposta a 56.535 utentes, o que corresponde a 3,2 % de idosos institucionalizados, tendo em conta as estimativas do Instituto Nacional de Estatística (INE), para o total da população idosa que existiria nesse ano e que seria de 1.790.539. (Almeida, 2008).

Segundo a Carta Social da Rede de Serviços e Equipamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), 2007, Os investimentos no período de 1998-2007 o investimento em serviços e equipamentos sociais atingiu 354 milhões de euros já em 2007, o investimento público aprovado em equipamentos sociais ascendeu a 198,3 milhões de euros, valor correspondente as duas primeiras fases de candidaturas ao PARES.

O programa PARES (Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais), o governo pretende investir nos próximos quatro anos (2006-2009) 450 milhões de euros, pretendendo-se que haja um reforço, a nível dos equipamentos dos idosos, de modo a criar 13 mil novas vagas em Centros de Dia, Lares e Serviços de Apoio Domiciliário. Relativamente aos Lares de Idosos, as metas para o mesmo período prevêem um aumento de 10% do número de lugares.

O custo de funcionamento da Rede de Serviços e Equipamentos é sustentado fundamentalmente pelos acordos de cooperação celebrados entre o Estado e as Instituições particulares de solidariedade social (IPSS), pela comparticipação do utente ou familiar e por outras receitas próprias das instituições.

#### 2.3.4. Fatores associados ao risco de institucionalização

Born e Boechat (2006) as razões para a institucionalização são: Idade, diagnóstico, limitação nas AVDs, morar só, estado civil, situação mental, etnia, ausência de suportes sociais e pobreza.

Segundo Paúl (2005, p.263) *“As causas para o idoso ir para uma instituição pode ser problemas de saúde que limitam o funcionamento dos idosos, falta de recursos económicos para manutenção da casa, viuvez e situação de despejo sobretudo nos grandes centros.”*

Em princípio, as pessoas idosas que optam pela institucionalização, pretendem usufruir o mais possível dos seus últimos anos de vida; anseiam viver num ambiente seguro onde possam exercer algum tipo de controlo, com alguma autonomia, sabendo que, se necessário, poderão ter resposta a certas limitações que possuam, implicando assim uma adaptação dos espaços às capacidades físicas e sensoriais diminuídas (Perracini, 2006).

Numa perspectiva individual, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social às pessoas idosas, integrados, centrados em equipas pluridisciplinares e em recursos humanos devidamente formados, com uma componente de recuperação global e de acompanhamento, nomeadamente através de cuidados continuados que integrem cuidados de longa duração, são indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder as necessidades de uma população que está a envelhecer (DGS, 2004).

Em Portugal, os principais destinatários das Instituições de longa permanência de idosos (ILPIs) são utentes de idade igual ou superior a 65 anos, embora a maior parte dos pedidos sejam de pessoas idosas, rondando com frequência os 80 anos (Paul, 1996 cit. por Ramos, 2009a).

Dentre os objetivos das ILPIs em Portugal pode-se destacar: garantir o bem-estar, a qualidade de vida e a segurança dos utilizadores; proporcionar serviços permanentes e adequados a problemática bio-psico-social das pessoas idosas; contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar e as relações intergeracionais; potenciar a participação da pessoa idosa na resolução dos próprios problemas e na vida social e cultural da comunidade (MTSS, 2009). A concretização dos objetivos acima citados, deve garantir e proporcionar ao idoso a prestação de todos

os cuidados adequados as suas necessidades, tendo em vista a manutenção da sua autonomia e independência.

Apesar da aparente tendência ao aumento das instituições, o internamento dos idosos está a ser questionado em todo o mundo devido aos altos custos associados a este modelo e as dificuldades em torno da manutenção das instituições de longa permanência.

### III. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Após a contextualização da parte teórica desta investigação, torna-se fundamental confrontar a teoria com os dados obtidos através do questionário por inquérito, pelo que, nesta parte do estudo, explicita-se o percurso da investigação que se pretende. É através da metodologia que se define a estratégia da investigação, o que implica procedimentos empíricos controlados, uma vez que as decisões se devem ajustar aos objetivos e finalidades do estudo em questão, motivo pelo qual se descreve, neste momento, o tipo de estudo, as questões de investigação, as variáveis e sua operacionalização, a escolha da população, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos éticos e o tratamento estatístico dos dados.

Metodologia segundo Papaléo Netto (2006, cap.16., p.166) *“é a disciplina que se ocupa de estudar e ordenar, dentro do possível, os muitos métodos que concebemos, suas origens históricas, seus embasamentos paradigmáticos, acompanhados de suas relações teóricas, suas características estruturais e as especificidades de seus alvos.”*

Segundo Baranão (2004, p. 22), *poder-se-ia definir o método científico “como um instrumento para a sondagem da realidade, formado por um conjunto de procedimentos, através dos quais os problemas científicos são formulados e as hipóteses científicas examinadas. Logo, é uma orientação que facilita ao investigador o planeamento da sua investigação, a formulação de hipóteses, a realização de experiências e a interpretação dos seus resultados”.*

Nesta investigação optou-se por adotar uma metodologia quantitativa, que se caracteriza por um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, sendo baseado na observação dos fatos objetivos, de acontecimentos e de fenômenos que existem independentemente do investigador, onde a objetividade, a predição, o controle e a generalização são características intrínsecas a este método (Fortin & Coté, 2003; Monteiro, 2009).

A investigação quantitativa tem como objetivo estabelecer fatos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses, predizer resultados de causa e efeito ou verificar teorias ou proposições teóricas (Fortin, 2009).

A presente investigação pretende ser de caráter:

- **Exploratório** - porque, tal como refere Gil (1999, p.44 cit. por Almeida, 2008 p.106) estes “...têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. Desta forma pretende-se com este estudo conhecer a realidade existente na região a estudar.
- **Descritivo** - porque segundo Marconi e Lakatos (2004) aborda quatro aspectos descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente. A investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenômenos existentes, determinar frequência da ocorrência de um fenômeno numa dada população ou categorizar a informação (Fortin, 2009). Assim, esta investigação pretende descrever fatos e fenômenos vivenciados na experiência dos indivíduos idosos institucionalizados.
- **Transversal** - porque segundo Papaléo Netto (2005) no estudo transversal os indivíduos idosos são estratificados por faixas etárias, procurando-se observar as diferenças dependentes da idade entre estes grupos. Estes tipos de análises se caracterizam por serem feitas em um único ponto ou fase de tempo, obtendo um recorte momentâneo do fenômeno investigado. Tem por objetivo medir a frequência de um acontecimento ou de uma doença e dos seus fatores de risco numa dada população (Fortin, 2009).

### 3.1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS DO ESTUDO

As alterações demográficas no último século, que se traduziu na inversão da pirâmide etária, conduziu a um nítido processo de envelhecimento populacional, trazendo em muitos casos a necessidade de se recorrer à institucionalização da pessoa idosa, como forma de se obter cuidados especializados que em muitos casos não se

conseguem no âmbito do lar, embora também seja aceite que só em último caso se deva recorrer a este tipo de apoio social, devido ao fato que todos nós já fomos confrontados com situações em que se verifica a perda da dignidade deste grupo etário da nossa população.

Consequentemente, surgem as questões de investigação, que se relaciona-se com o fato de se pretender aferir como a gestão interfere na qualidade de vida e na dependência nas AVDs dos idosos institucionalizados em lares do concelho de Oeiras. Desta preocupação emerge o seguinte tema: **Gestão da qualidade de vida e da dependência em idosos institucionalizados no terceiro setor.**

Os objetivos do estudo:

- Caracterizar o perfil do idoso institucionalizado;
- Conhecer a qualidade de vida do idoso na instituição;
- Mensurar o grau de dependência nas atividades diárias;
- Delinear o papel dos gestores na qualidade de vida dos idosos institucionalizados;
- Investigar se o ambiente institucional dos lares de idosos do concelho de Oeiras está de acordo com as normas que os regem;
- Identificar as causas que levam a institucionalização;
- Identificar as variáveis que possam interferir na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

### **3.2. VARIÁVEIS**

A consideração pelas variáveis em estudo, desde a sua definição à sua operacionalização, torna-se fundamental numa investigação, de forma a impedir o seu comprometimento ou o risco de invalidar a mesma. Por este motivo, devem ser definidas com clareza, objetividade e de forma operacional.

Para Marconi e Lakatos (2004), uma variável pode ser considerada como uma classificação ou medida, ou seja, um conceito operacional que apresenta valores, passíveis de mensuração. São as unidades de base da investigação, elas são qualidades,

propriedades e características de pessoas, objetos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo (Fortin, 2006).

Polit e Hungler (1995) definem variável como a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente que em função dos objetivos e das questões formuladas podem ser consideradas de três tipos:

- **Variáveis atributo** - que correspondem as características dos sujeitos e que são obtidas para descrever a amostra, possuem dados demográficos da amostra, nomeadamente:
  - Género (Masculino e Feminino);
  - Grupo etário (65-80; 81-85; 86-90; mais de 90 anos);
  - Estado civil;
  - Nível de instrução;
  - Instalações adequadas;
  - Fiscalização dos serviços de saúde prestados;
  - Medidas adotadas para prevenção de quedas;
  - Autonomia do indivíduo promovida pelo lar.
- A **variável dependente** “*consiste naqueles valores (fenómenos, fatores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pela variável independente*” (Marconi & Lakatos, 2004, p.189, Almeida, 2008 p.108). É a que sofre o efeito da variável independente. São aquelas que tem interesse para a compreensão e explicação do problema, e que no presente estudo é a qualidade de vida do idoso institucionalizado, sendo que para a avaliar foi utilizada a grelha da direção geral dos cuidados de saúde primários, que irá ser descrita nos instrumentos da recolha dos dados.
- A **variável independente** “*é a que influencia, determina ou afeta uma outra variável*” (Marconi & Lakatos, 2004, p.189). Tendo em conta que a qualidade de vida pode ser influenciada por vários fatores, as variáveis independentes consideradas neste estudo são:
  - De quem partiu a ideia e qual foi o motivo para a institucionalização?
  - Se recebe visitas, de quem, e com que frequência?
  - Como classificaria a relação com a sua família, residentes e funcionários?

- Se sofre de algum problema de saúde? Se sim, qual ou quais?
- Que atividades faz habitualmente ao longo do dia?
- Presença de dor
- Dependência/autonomia nas atividades de vida diária (Índice de Katz Modificado).

### 3.3. HIPÓTESES

Segundo Marconi e Lakatos (2001, p.161) hipótese é *“um enunciado geral de relações entre variáveis (facto, fenómeno), formulado como solução provisória para determinado problema, apresentando carácter explicativo ou preditivo, compatível com o conhecimento científico (coerência externa) e revelando consistência lógica (coerência interna), sendo passível de verificação empírica nas suas consequências.*

A hipótese leva em conta as variáveis e a população alvo, antecede a constatação dos fatos. Sua função é proporcionar explicações para certos fatos e, ao mesmo tempo, orientar a busca de outras informações em relação à área temática estudada. A elaboração das hipóteses servirá como um guia na tarefa de investigação e auxiliará na compreensão e elaboração dos resultados e conclusões da pesquisa, atingindo, assim, altos níveis de interpretação.

Tendo por base os objetivos do estudo e tratando-se de um estudo exploratório-descritivo, formularam-se as seguintes hipóteses:

- H1. Existe diferença significativa na QDV do idoso institucionalizado em função do sexo;
- H2. Existe diferença significativa na QDV do idoso institucionalizado em função do grupo etário;
- H3. Existe diferença significativa na QDV do idoso institucionalizado em função do estado civil;
- H4. Existe diferença significativa na QDV do idoso institucionalizado em função do nível de instrução;
- H5. Existe diferença significativa na QDV do idoso institucionalizado em função da existência de dor;

- H6. Existe associação significativa entre o índice de Katz e o índice de qualidade de vida do idoso institucionalizado;
- H7. Nos lares onde existem ambientes adaptados, o índice de QDV do idoso institucionalizado é maior;
- H8. Nos lares onde os gestores fiscalizam os serviços prestados, o índice de QDV do idoso institucionalizado é maior;
- H9. Nos lares que adotam medidas para prevenção de quedas, o índice de QDV do idoso institucionalizado é maior;
- H10. Nos lares em que é promovida a autonomia do utente, o índice de QDV do idoso institucionalizado é maior.

### **3.4. POPULAÇÃO**

#### **3.4.1. Contexto Geográfico do Estudo**

Oeiras, é sede de um pequeno concelho com elevada densidade populacional, possui uma área de 45,84 km<sup>2</sup> de área, 172.021 habitantes encontra-se subdividido em 10 freguesias (INE, 2008), é um dos 18 concelhos que constituem a área metropolitana de Lisboa, ocupando 1,6% da respectiva superfície e 6,1% da população metropolitana, em 2007. O crescimento demográfico entre 1991-2001 foi de 7% ou seja crescimento considerado moderado. Oeiras situa-se na margem direita do rio Tejo e é limitado a norte pelos municípios de Sintra e Amadora, a leste por Lisboa, a oeste por Cascais e a sul tem costa na zona da foz do rio Tejo, onde o estuário termina e começa o oceano Atlântico, situando-se frente a Almada (Câmara Municipal de Oeiras, 2009).

No final do século XX, Oeiras já ocupava a primeira posição econômica na área metropolitana, depois de Lisboa, a organização do território do concelho reflete o desenvolvimento local, onde se evidenciam o taguspark, parque de ciência e tecnologia, Instituto Gulbenkian, Arquipark, quinta das fontes e lagoas park e centros comerciais que configuram o desenvolvimento econômico do concelho.

As freguesias do concelho de Oeiras são: Algés, Barcarena, Carnaxide, Caxias, Cruz Quebrada - Dafundo, Linda-a-Velha, Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos, Porto Salvo e Queijas.



**Figura 2 - Freguesias do Concelho de Oeiras**

Os equipamentos sociais de acordo com a carta social do município de Oeiras são: 42 lares 11 da rede solidária e 31 da rede lucrativa, 28 centros de dia, 18 Sistemas de apoio domiciliário e 27 centros de atividades de tempos livres, distribuídas nas dez freguesias do concelho.

Barañano (2004, p. 85) na sua definição de população teve em conta três outros conceitos igualmente importantes que passamos a enumerar: “*população objectivo ou universo - conjunto de todos os elementos cujas características queremos estudar; unidade básica de amostragem ou unidade estatística - cada um dos elementos que formam a população; e população inquirida – população estreitamente relacionada com a população objectiva, definida quando não é possível conhecer o universo. Serve de base para a amostragem*”.

A população que esteve na base do nosso estudo foi constituída por idosos institucionalizados em lares de terceira idade do Concelho de Oeiras. Foram definidos como critérios de inclusão, os seguintes: pessoas com mais de 65 anos e orientados no tempo e espaço.

Após a aplicação dos inquéritos aos idosos, também entrevistámos o gestor do mesmo Lar acerca do ambiente institucional, a administração do lar e a prestação de serviços.

Deste modo, a amostra do nosso estudo é constituída por 130 idosos, em sete instituições, de um total de 278 idosos dessas instituições correspondendo a uma taxa de participação global de 46,8%. As instituições representadas na amostra são o Instituto de ação social das forças armadas (IASFA) com uma representatividade de 69 idosos correspondendo a uma taxa de resposta de 52,7% do total da instituição, o Centro social paroquial Padre Fernando Martins com 11 idosos a participar no estudo correspondendo a uma taxa de 18,3%, o Lar do Dafundo com 4 idosos correspondendo a uma taxa de 33,3%, o Lar Vila Mendes com 7 idosos correspondendo a uma taxa de 58,3%, o Lar Vasco da Gama com 12 idosos a participar no estudo correspondendo a uma taxa de 92,3%, a Casa residencial sénior São Pedro com 13 idosos correspondendo a uma taxa de 52,0% e a Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz com 14 idosos correspondendo a uma taxa de 56,0% (ver Quadro 7).

**Quadro 7 – Idosos da amostra por instituição**

| <b>Instituição</b>                                  | <b>Total de idosos</b> | <b>Idosos participantes no estudo</b> |
|-----------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| Instituto de ação social das forças armadas (IASFA) | 131                    | 69                                    |
| Centro social paroquial Padre Fernando Martins      | 60                     | 11                                    |
| Lar do Dafundo                                      | 12                     | 4                                     |
| Lar Vila Mendes                                     | 12                     | 7                                     |
| Lar Vasco da Gama                                   | 13                     | 12                                    |
| Casa residencial sénior São Pedro                   | 25                     | 13                                    |
| Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz  | 25                     | 14                                    |
| <b>Total</b>                                        | <b>278</b>             | <b>130</b>                            |

É importante realçar que estas instituições foram numeradas de 1 a 7 de uma forma aleatória.

### **3.5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS**

Considerados o objeto de estudo, os objetivos definidos e a problemática construída, elegeu-se como instrumento de recolha de dados o questionário, o qual pode definir-se “como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o

conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.” (Gil,1999, p. 128).

Para Barañano (2004) o questionário é um método que proporciona maior facilidade na aplicação, com baixos custos, levando em consideração a possibilidade de aplicação dos mesmos sem a presença do pesquisador.

Para a realização deste estudo foram utilizados quatro instrumentos de recolha de dados:

1. Um formulário bio-relacional do idoso (Anexo 1)
2. Uma grelha de avaliação do índice de qualidade de vida do idoso (Anexo 2)
3. Avaliação das atividades de vida diária (AVDs) (Anexo 3)
4. Questionário aplicado aos gestores das instituições (Anexo 4).

### **3.6. FORMULÁRIO BIO-RELACIONAL DO IDOSO**

Tal como é referido por Polit *et al.* (2004), as questões podem ser subdivididas em questões abertas e fechadas. As primeiras têm essencialmente a finalidade de garantir a comparação das respostas dadas e a sua posterior análise. As segundas têm como objetivo, que o respondente expresse a sua opinião livremente.

Este formulário é constituído por 14 questões: 11 fechadas (8 são de escolha múltipla e 3 dicotômicas) e 3 abertas, conforme se pode visualizar no Anexo 1.

#### **3.6.1. Grelha de avaliação da qualidade de vida do idoso**

Esta grelha foi proposta e testada para a população portuguesa pela Direção Geral da Saúde (1995). É constituída por sete componentes, operacionalizados da seguinte forma:

1. Isolamento/comunicação afetiva e social
2. Mobilidade
3. Atividades de Vida Diária
4. Atividade Ocupacional
5. Atividade Lúdica
6. Relação Familiar
7. Recursos económicos

Cada componente é dividido em classes, atribuindo-se pontuações que podem ir de zero (0) a oito (8), variando o índice de qualidade de vida entre os 3 e os 50 pontos, considerando-se existir qualidade de vida para valores iguais ou superiores a 23 pontos.

### **3.6.2. Avaliação das Atividades da Vida Diária (AVDs)**

As atividades da vida diária foram avaliadas por uma adaptação do Índice de Katz modificado (1970), com o objetivo de refletir o grau de dependência do idoso, tendo-se retirado os itens referentes à continência e alimentação uma vez que todos os utentes dos lares onde o estudo foi realizado eram independentes na eliminação vesical e intestinal, assim como também eram independentes na alimentação. O fato das atividades de vida diária se encontrarem afetadas, desempenha um papel primordial para que as pessoas idosas se tornem dependentes (OMS, cit. por Netto *et al.*, 2006). Uma das formas de avaliar estas atividades é através do índice de Katz que avalia o desempenho dos idosos nas referidas atividades de vida diária. No nosso estudo, esta adaptação do índice de Katz é constituída por quatro itens:

- ☐ Banho;
- ☐ Vestir-se;
- ☐ Utilização do WC;
- ☐ Mobilidade.

As alternativas de resposta a cada um destes itens são: dependente e independente, sendo atribuído a cada resposta 0 e 1 pontos respectivamente.

O resultado final pode ir de 0 a 4 pontos, podendo as pessoas idosas serem englobadas em três grupos distintos, a saber:

- ☐ 0-1 pontos – dependência importante;
- ☐ 2-3 pontos – dependência parcial;
- ☐ 4 pontos – independência.

### **3.7. QUESTIONÁRIO SOBRE A GESTÃO DA INSTITUIÇÃO**

Foram tidos em conta os dados colhidos, junto aos diretores das instituições, onde foram constituídas por oito questões fechadas e três abertas, foram observadas as instalações do ambiente institucional e se estão de acordo com a lei 133 A.97 que rege

os lares, se a prestação de serviços são fiscalizados pelos gestores e que medidas são adotadas pela instituição na melhoria da qualidade de vida do utente.

Foram observados: Acessibilidade e facilidade de circulação do idoso a todo ambiente institucional, iluminação, segurança, autonomia, serviços prestados e como se dá a admissão e custos para o utente na permanência no lar. Através de componentes abordados no questionário ao gestor, operacionalizados desta forma:

1. O Lar possui instalações adequadas conforme as normas da lei 133 A.97 que rege os lares?
2. Os serviços de saúde prestados, os cuidados de higiene no trabalho, administração de medicação, segurança alimentar, remoção correta de resíduos, realização de atividades e segurança contra incêndios são fiscalizados pelos gestores?
3. Há medidas adotadas para prevenção de quedas?
4. O lar promove a autonomia do indivíduo, através de orientações e adaptações especializadas?
5. Como se dá o atendimento dos utentes, em caso de emergência, Há carro de parada cardíaca ou o equivalente em equipamentos e medicamentos, além de monitorização cardiovascular e respiratória?
6. Existe algum instrumento usado na instituição para medir a satisfação dos utentes e funcionários?
7. Existe o controle de infecções? e quais medidas preventivas são realizadas?
8. Há cursos de capacitação de gestores ou outros profissionais na instituição?
9. Quantos médicos, enfermeiros, auxiliares, assistente social, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogos possuem na instituição?
10. Como é feita a admissão do utente e quais os critérios utilizados neste processo?
11. Qual o custo para os idosos na instituição e se existe comparticipação do estado para permanência deste no lar?

### 3.7.1. Aspectos éticos

Como em qualquer trabalho de investigação torna-se necessário para oficialização do mesmo uma autorização por escrito da instituição a ser estudada. Assim foi realizada uma reunião prévia com o gestor responsável, para explicar os objetivos do estudo e o tempo que seria pretendido na realização do mesmo, assim como da garantia do anonimato na apresentação dos resultados.

Os idosos foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e que sua participação seria de forma voluntária, onde os mesmos assinaram um termo de consentimento, onde concordaram em participar da pesquisa.

Foi realizada uma visita prévia as instituições, onde foi explicado ao gestor responsável os objetivos da pesquisa e os critérios a serem aplicados aos utentes. Após este contato foi efetuado o pedido por escrito a todas as Instituições envolvidas, com vista a formalização e autorização do estudo, garantindo o anonimato do utente e da instituição aquando da apresentação e discussão dos resultados.

### 3.8. MÉTODO E TÉCNICAS DE ANÁLISE

O tratamento de dados foi efetuado no *Software Statistical Package for Social Sciences* - SPSS 19.0.

Recorreu-se inicialmente à análise univariada (estatística descritiva), através das frequências absolutas, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão).

No teste das hipóteses, recorreu-se a testes não paramétricos, nomeadamente ao teste de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. Calculou-se ainda o Coeficiente de Correlação Ró de Spearman (Pestana & Gageiro, 2003).

## IV. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos o estudo empírico desta dissertação por forma a validar as hipóteses de investigação formuladas. Para tal adotaremos os métodos e procedimentos estatísticos referenciados no capítulo anterior. Desta forma e segundo Fortin (1999, p. 330), a apresentação dos resultados “*deve limitar-se a uma apresentação sob a forma narrativa dos resultados que ele reproduziu nos quadros e nas figuras*”.

Sendo assim, a apresentação dos dados será efetuada tendo em conta os seguintes aspectos:

- Caracterização das instituições.
- Dados referentes à amostra das pessoas idosas institucionalizadas;
- Índice de Qualidade de Vida do Idoso (QVI);
- Avaliação das Atividades de Vida Diárias (Índice Modificado de Katz);
- Verificação das hipóteses formuladas.

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

A amostra do nosso estudo é constituída por 130 idosos, em sete instituições. As instituições representadas na amostra são o Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IASFA) com uma representatividade de 69 idosos correspondendo a 53,1% do total da amostra, seguindo-se o Centro Social Paroquial Padre Fernando Martins com 11 idosos correspondendo a 8,5% do total da amostra, o Lar do Dafundo com 4 idosos correspondendo a 3,1%, o Lar Vila Mendes com 7 idosos correspondendo a 5,4%, o Lar Vasco da Gama com 12 idosos a participar no estudo correspondendo 9,2% do total da amostra, a Casa Residencial Sénior São Pedro com 13 idosos correspondendo a 10,0% e a Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz com 14 idosos correspondendo a 10,8% do total da amostra (ver Quadro 8).

**Quadro 8 – Idosos da amostra por instituição**

| Nº atribuído à instituição | Instituição                                         | Idosos participantes no estudo (N) | Idosos participantes no estudo (%) |
|----------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1                          | Instituto de ação social das forças armadas (IASFA) | 69                                 | 53,1                               |
| 2                          | Centro social paroquial Padre Fernando Martins      | 11                                 | 8,5                                |
| 3                          | Lar do Dafundo                                      | 4                                  | 3,1                                |
| 4                          | Lar Vila Mendes                                     | 7                                  | 5,4                                |
| 5                          | Lar Vasco da Gama                                   | 12                                 | 9,2                                |
| 6                          | Casa residencial sénior São Pedro                   | 13                                 | 10,0                               |
| 7                          | Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz  | 14                                 | 10,8                               |
| <b>Total</b>               |                                                     | <b>130</b>                         | <b>100</b>                         |

#### 4.1.1. Questionário sobre a gestão do Lar por instituição

Na generalidade os lares referiram terem os ambientes adaptados conforme as normas da lei 133/97 Art.46, específicas dos lares, com exceção dos Lares do Dafundo e do Lar Vila Mendes que quando questionados sobre qual ou quais os aspectos é que não cumprem as normas referiram não possuírem elevadores ou cadeira elevatória de acesso ao piso superior (Quadro 9).

Quando questionados os gestores acerca se estes fiscalizam os serviços de saúde prestados, os cuidados de higiene, administração de medicação, segurança alimentar, remoção correta de resíduos, realização de atividades e segurança são fiscalizados pelos gestores, quatro dos lares referiram que o faziam. No entanto, o Lar do Dafundo, o Lar Vila Mendes e a Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz referiram não o fazer. Quando questionados sobre qual ou quais destas atividades não era fiscalizada apenas o Lar do Dafundo especificou referindo a falta de fiscalização sobre a remoção correta dos resíduos, alegando que os resíduos eram tratados com lixo indiferenciado com exceção das seringas que são levadas pela equipa de enfermagem duas vezes por semana (Quadro 9).

No que diz respeito à prevenção de quedas todos os lares com exceção da Casa Residencial Sénior São Pedro indicaram ter adotado medidas. De entre as medidas referidas salienta-se a colocação de corrimões (IASFA, Lar do Dafundo), piso antiderrapante (IASFA, Lar do Dafundo), casas de banho adaptadas (IASFA), barras de proteção (IASFA) e de uma forma genérica, adaptações no ambiente institucional (IASFA, Centro social paroquial Padre Fernando Martins, Lar Vasco da Gama e Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz). A Casa de Repouso Santo Amaro de

Oeiras e Padre Cruz referiu ainda dar orientações aos seus idosos acerca da prevenção de quedas (Quadro 9).

Quando questionados sobre se o lar promove a autonomia do indivíduo, através de orientações e adaptações especializadas, a maioria dos lares, com exceção do Lar Vila Mendes, referiram afirmativamente. Quando questionados acerca de quais as orientações e adaptações são ou foram introduzidas as respostas referidas foram várias, desde palestras e orientações aos cuidadores (IASFA, Lar do Dafundo), palestra de psicóloga e ambiente adaptado com espaço para atividades por uma animadora social (Casa residencial sénior São Pedro), entre outro tipo de acessibilidades como a existência de rampas (Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz) (Quadro 9).

Excetuando o IASFA, mais nenhum dos lares indicou existir carro de parada cardíaca ou o equivalente em equipamentos e medicamentos, além de monitorização cardiovascular e respiratória no caso de uma emergência médica. O procedimento tomado pelas instituições além do IASFA varia desde ser o médico de plantão a prestar os primeiros socorros e em caso de maior gravidade serem chamados os serviços de emergência médica (Centro social paroquial Padre Fernando Martins, Lar do Dafundo), serviços de enfermagem prestam primeiros socorros e em caso de maior gravidade são chamados os serviços de emergência médica (Lar Vasco da Gama e Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz), são chamados os serviços de emergência médica e/o médico do lar apenas em caso de maior gravidade (Lar Vila Mendes) e são imediatamente chamados os serviços de emergência médica (Casa Residencial Sénior São Pedro) (Quadro 9).

Apenas uma das instituições possui instrumentos para medir a satisfação dos utentes e funcionários (IASFA), alegando possuir um livro denominado Livro dos Utente onde se pode dar opiniões relativas aos serviços prestados.

Existem quatro instituições que alegam possuir controlo de infecções (Instituto de Ação Social das Forças Armadas – IASFA, Centro Social Paroquial Padre Fernando Martins, Lar Vasco da Gama e Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz). De entre as medidas preventivas realizadas salientam-se as seguintes: uso de máscaras, luvas, gel desinfetante, lavagem de roupas numa lavadora especial, cortinas (IASFA), cuidado na manipulação de alimentos e medicamentos com luvas, máscara (Centro social paroquial Padre Fernando Martins), gel desinfetante (Lar Vasco da Gama), uso de

gel desinfetante ao longo do lar e utensílios de segurança, luvas, máscaras, batas, gorros (Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz) (Quadro 9).

Apenas uma das instituições (IASFA) alega dar formação aos seus Recursos Humanos (Quadro 9).

**Quadro 9 – Questionário sobre a gestão do Lar por instituição**

|                                        |   | Instituições |   |   |   |   |   |   |       |
|----------------------------------------|---|--------------|---|---|---|---|---|---|-------|
|                                        |   | 1            | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Total |
| Ambiente adaptado                      |   |              |   |   |   |   |   |   |       |
| Sim                                    | 1 | 1            | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5     |
| Não                                    | 0 | 0            | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2     |
| Fiscalização                           |   |              |   |   |   |   |   |   |       |
| Sim                                    | 1 | 1            | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 4     |
| Não                                    | 0 | 0            | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3     |
| Prevenção de quedas                    |   |              |   |   |   |   |   |   |       |
| Sim                                    | 1 | 1            | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 6     |
| Não                                    | 0 | 0            | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1     |
| Adaptações Especializadas              |   |              |   |   |   |   |   |   |       |
| Sim                                    | 1 | 1            | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6     |
| Não                                    | 0 | 0            | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1     |
| Emergência médica                      |   |              |   |   |   |   |   |   |       |
| Sim                                    | 1 | 0            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1     |
| Não                                    | 0 | 1            | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6     |
| Instrumento de avaliação da satisfação |   |              |   |   |   |   |   |   |       |
| Sim                                    | 1 | 0            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1     |
| Não                                    | 0 | 1            | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6     |
| Controlo de infeções                   |   |              |   |   |   |   |   |   |       |
| Sim                                    | 1 | 1            | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4     |
| Não                                    | 0 | 0            | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3     |
| Formação Recursos Humanos              |   |              |   |   |   |   |   |   |       |
| Sim                                    | 1 | 0            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1     |
| Não                                    | 0 | 1            | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6     |

No Quadro 10 é feita uma descrição dos Recursos Humanos existentes em cada instituição. De salientar que todos os lares possuem um ou dois médicos, um a três enfermeiros e de 5 a 22 auxiliares para apoio aos idosos, No entanto, em termos de recursos humanos apenas cinco lares detêm assistentes sociais, quatro lares possuem fisioterapeutas, um lar tem terapeuta da fala e quatro lares detêm psicólogos para apoio aos idosos.

**Quadro 10 – Recursos Humanos por instituição**

|                         | Instituições |           |          |           |           |          |           |
|-------------------------|--------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
|                         | 1            | 2         | 3        | 4         | 5         | 6        | 7         |
| <b>Recursos Humanos</b> |              |           |          |           |           |          |           |
| Médicos                 | 2            | 1         | 1        | 1         | 1         | 1        | 2         |
| Enfermeiros             | 3            | 2         | 1        | 1         | 1         | 1        | 1         |
| Auxiliares              | 9            | 22        | 6        | 7         | 8         | 5        | 15        |
| Assistentes Sociais     | 2            | 1         | 0        | 1         | 1         | 1        | 0         |
| Fisioterapeutas         | 2            | 1         | 0        | 0         | 1         | 0        | 1         |
| Terapeutas da fala      | 2            | 0         | 0        | 0         | 0         | 0        | 0         |
| Psicólogos              | 4            | 1         | 1        | 0         | 1         | 0        | 0         |
| <b>Total</b>            | <b>24</b>    | <b>28</b> | <b>9</b> | <b>10</b> | <b>13</b> | <b>8</b> | <b>19</b> |

É de salientar que todas as instituições implementam o sistema de turnos (Quadro 11).

**Quadro 11 – Instituições que realizam turnos**

|               | Instituições |   |   |   |   |   |   |
|---------------|--------------|---|---|---|---|---|---|
|               | 1            | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <b>Turnos</b> |              |   |   |   |   |   |   |
| Sim           | 1            | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Não           |              |   |   |   |   |   |   |

Refira-se que de uma forma geral as instituições têm o mesmo sistema de admissão de idosos, restringindo o acesso apenas a idosos com doenças infecto-contagiosas. As exceções são o IASFA, que só admite militares ou cônjuges de militares e a Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz que diz aceitar idosos embora impondo critérios de admissão não especificando quais são (Quadro 12).

**Quadro 12 – Admissão de idosos segundo as várias instituições**

|                                             | Instituições |   |   |   |   |   |   |       |
|---------------------------------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|-------|
|                                             | 1            | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Total |
| Admissão de idosos                          |              |   |   |   |   |   |   |       |
| Aceita apenas militares ou cônjuges         | 1            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1     |
| Aceita, mas sem doenças infecto-contagiosas | 0            | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4     |
| Aceita, mas com critérios de admissão       | 0            | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2     |

A comparticipação do utente e/ ou Estado varia dos 696€ a 940€ para o Instituto de ação social das forças armadas (IASFA), Centro social paroquial Padre Fernando Martins e a Casa residencial sénior São Pedro e os 280€ a 1200€ para as restantes quatro instituições (Quadro 13).

**Quadro 13 – Comparticipação utente e/ou estado**

|                                           | Instituições |   |   |   |   |   |   | Total |
|-------------------------------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|-------|
|                                           | 1            | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |       |
| <b>Comparticipação utente e/ou estado</b> |              |   |   |   |   |   |   |       |
| 696€ a 940€                               | 1            | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3     |
| 280€ a 1200€                              | 0            | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 4     |

## 4.2. CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

Os 130 idosos da amostra do nosso estudo pertencentes às sete instituições presentes podem ser caracterizados de diversas formas entre as quais relativamente ao gênero, ao intervalo de idades, ao seu estado civil bem como relativamente à formação académica.

### 4.2.1. Gênero

O gênero feminino é claramente o mais representativo com 81,5% do total da amostra, tendo o gênero masculino apenas 18,5% do total da amostra. Este padrão repete-se de uma forma geral ao longo das várias instituições em estudo sendo este fosso mais notório na Casa Residencial Sénior São Pedro (92,3% do gênero feminino) e no Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IASFA) com 87,0%. A menor diferença é verificada no Lar Vasco da Gama com o gênero masculino a atingir os 41,7% ainda assim abaixo do gênero feminino com 58,3%, seguido do Lar Vila Mendes e da Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz com 28,6% dos seus idosos do gênero masculino e 71,4% do feminino (Quadro 14).

### 4.2.2. Grupo Etário

Os idosos foram divididos em quatro grupos etários. O grupo mais representativo no total da amostra foi o grupo dos 86 aos 90 anos com 32,3%. Os restantes idosos distribuíram-se praticamente de uma forma equitativa pelos restantes

três grupos: grupo dos 65 aos 80 anos e grupo dos 81 aos 85 anos com 23,8% e o grupo com idade acima dos 90 anos com 20,0%. De uma forma geral este foi o padrão verificado nas várias instituições com exceção do Lar Vila Mendes e da Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz onde o grupo mais representativo foi o dos 65 aos 80 anos com 42,9% (Quadro 14).

#### **4.2.3. Estado Civil**

As pessoas idosas com o estado civil viúvo são claramente as mais representadas, atingindo os 73,8% do total da amostra, sendo o grupo dos idosos casados o segundo grupo mais representado com 16,9%. Os grupos de idosos com estado civil solteiro (6,2%) e divorciado (3,1%) são praticamente residuais. O grupo dos viúvos atinge mesmo os 100% no Lar do Dafundo, estando acima dos 80% também na Casa Residencial Sênior São Pedro (84,6%) e no Centro Social Paroquial Padre Fernando Martins (81,8%) (Quadro 14).

#### **4.2.4. Formação**

A maior parte dos idosos do total da amostra têm como habilitações literárias o 1º ciclo (62,3%). Os restantes idosos estão distribuídos pelos restantes grupos, verificando-se que 14,6% não possuem qualquer instrução, 13,8% têm o equivalente ao 2º ciclo e apenas 9,25% dos idosos da amostra têm o 3º ciclo, secundário ou curso superior. Este padrão é o verificado em todas as instituições sem exceção, com o grupo dos idosos com o 1º ciclo a atingir os 100% na Lar Vila Mendes, 75,0% no Lar do Dafundo e 69,6% no IASFA (Quadro 14).

**Quadro 14 – Caracterização dos idosos por instituição (gênero, grupo etário, estado civil e formação)**

|                     | Instituições |      |   |      |   |      |   |      |   |      |    |      | Total |      |     |      |
|---------------------|--------------|------|---|------|---|------|---|------|---|------|----|------|-------|------|-----|------|
|                     | 1            |      | 2 |      | 3 |      | 4 |      | 5 |      | 6  |      |       |      | 7   |      |
|                     | N            | %    | N | %    | N | %    | N | %    | N | %    | N  | %    | N     | %    | N   | %    |
| Gênero              |              |      |   |      |   |      |   |      |   |      |    |      |       |      |     |      |
| Masculino           | 9            | 13,0 | 2 | 18,2 | 1 | 25,0 | 2 | 28,6 | 5 | 41,7 | 1  | 7,7  | 4     | 28,6 | 24  | 18,5 |
| Feminino            | 60           | 87,0 | 9 | 81,8 | 3 | 75,0 | 5 | 71,4 | 7 | 58,3 | 12 | 92,3 | 10    | 71,4 | 106 | 81,5 |
| Grupo Etário        |              |      |   |      |   |      |   |      |   |      |    |      |       |      |     |      |
| Até 80              | 16           | 23,2 | 1 | 9,1  | 1 | 25,0 | 3 | 42,9 | 1 | 8,3  | 3  | 23,1 | 6     | 42,9 | 31  | 23,8 |
| 81 – 85             | 19           | 27,5 | 2 | 18,2 | 1 | 25,0 | 1 | 14,3 | 2 | 16,7 | 4  | 30,8 | 2     | 14,3 | 31  | 23,8 |
| 86 – 90             | 20           | 29,0 | 4 | 36,4 | 1 | 25,0 | 1 | 14,3 | 6 | 50,0 | 5  | 38,5 | 5     | 32,3 | 42  | 32,3 |
| Mais 90             | 14           | 20,3 | 4 | 36,4 | 1 | 25,0 | 2 | 28,6 | 3 | 25,0 | 1  | 7,7  | 1     | 7,1  | 26  | 20,0 |
| Estado Civil        |              |      |   |      |   |      |   |      |   |      |    |      |       |      |     |      |
| Solteiro            | 3            | 4,3  | 1 | 9,1  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 1 | 8,3  | 1  | 7,7  | 2     | 14,3 | 8   | 6,2  |
| Casado              | 14           | 20,3 | 1 | 9,1  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 1 | 8,3  | 0  | 0,0  | 2     | 14,3 | 22  | 16,9 |
| Divorciad<br>o      | 1            | 1,4  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 1 | 14,3 | 1 | 8,3  | 1  | 7,7  | 0     | 0,0  | 4   | 3,1  |
| Viúvo               | 51           | 73,9 | 9 | 81,8 | 4 | 100  | 2 | 28,6 | 9 | 75,0 | 11 | 84,6 | 10    | 71,4 | 96  | 73,8 |
| Formação            |              |      |   |      |   |      |   |      |   |      |    |      |       |      |     |      |
| Sem<br>instrução    | 4            | 5,8  | 4 | 36,4 | 1 | 25,0 | 0 | 0,0  | 3 | 25,0 | 4  | 30,8 | 3     | 21,4 | 19  | 14,6 |
| 1º ciclo            | 48           | 69,6 | 5 | 45,5 | 3 | 75,0 | 7 | 100  | 7 | 58,3 | 4  | 30,8 | 7     | 50,0 | 81  | 62,3 |
| 2º ciclo            | 13           | 18,8 | 1 | 9,1  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 0  | 0,0  | 4     | 28,6 | 18  | 13,8 |
| 3º ciclo ou<br>mais | 4            | 5,8  | 1 | 9,1  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 2 | 16,7 | 5  | 38,5 | 0     | 0,0  | 12  | 9,2  |

#### 4.2.5. Ideia de institucionalização

Ao aferir de quem partiu a ideia da institucionalização do idoso concluiu-se ter, na maior parte, a ideia ter partido dos filhos (43,8%) apesar de 22,3% dos idosos terem indicado terem sido eles próprios a ter a iniciativa. É ainda de salientar, para o total da amostra, a ideia ter partido de outros familiares (17,7%), do cônjuge (13,1%) ou da assistente social (3,1%). Este é aliás o padrão verificado na maioria das instituições, embora se verifiquem outros resultados em algumas instituições como é o caso da Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz em que 42,9% indicaram ter partido do próprio a ideia ou do Lar Vila Mendes onde o cônjuge foi o mais referido como tendo a ideia da institucionalização com 57,1% (Quadro 15).

#### 4.2.6. Motivo para a institucionalização

A saúde foi o motivo mais referido para a institucionalização do idoso atingindo os 53,1% da distribuição com o isolamento/ solidão a ser também bastante referido com 46,9%. Estes resultados não foram no entanto os mesmos ao longo das várias

instituições. Em algumas das instituições o isolamento/ solidão prevaleceu sobre a saúde como o motivo para a institucionalização, como é o caso no Lar do Dafundo com todos os idosos a terem indicado estarem institucionalizados devido ao isolamento/ solidão, na Casa Residencial Sênior São Pedro com 76,9% e no Lar Vila Mendes com 71,4% dos idosos a indicarem o mesmo motivo (Quadro 15).

**Quadro 15 – Ideia e motivo de institucionalização**

|                               | Instituições |      |   |      |   |      |   |      |    |      |    |      | Total |      |    |      |
|-------------------------------|--------------|------|---|------|---|------|---|------|----|------|----|------|-------|------|----|------|
|                               | 1            |      | 2 |      | 3 |      | 4 |      | 5  |      | 6  |      |       |      | 7  |      |
|                               | N            | %    | N | %    | N | %    | N | %    | N  | %    | N  | %    | N     | %    | N  | %    |
| Ideia institucionalização lar |              |      |   |      |   |      |   |      |    |      |    |      |       |      |    |      |
| Filhos                        | 25           | 36,2 | 4 | 36,4 | 3 | 75,0 | 2 | 28,6 | 10 | 83,3 | 9  | 69,2 | 4     | 28,6 | 57 | 43,8 |
| Própria pessoa                | 20           | 29,0 | 1 | 9,1  | 0 | 0,0  | 1 | 14,3 | 0  | 0,0  | 1  | 7,7  | 6     | 42,9 | 29 | 22,3 |
| Assistente social             | 3            | 4,3  | 1 | 9,1  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 0  | 0,0  | 0  | 0,0  | 0     | 0,0  | 4  | 3,1  |
| Familiares                    | 10           | 14,5 | 4 | 36,4 | 1 | 25,0 | 0 | 0,0  | 2  | 16,7 | 3  | 23,1 | 3     | 21,4 | 23 | 17,7 |
| Cônjuge                       | 11           | 15,9 | 1 | 9,1  | 0 | 0,0  | 4 | 57,1 | 0  | 0,0  | 0  | 0,0  | 1     | 7,1  | 17 | 13,1 |
| Motivo institucionalização    |              |      |   |      |   |      |   |      |    |      |    |      |       |      |    |      |
| Saúde                         | 44           | 63,8 | 5 | 45,5 | 0 | 0,0  | 2 | 28,6 | 8  | 66,7 | 3  | 23,1 | 7     | 50,0 | 69 | 53,1 |
| Isolamento / solidão          | 25           | 36,2 | 6 | 54,5 | 4 | 100  | 5 | 71,4 | 4  | 33,3 | 10 | 76,9 | 7     | 50,0 | 61 | 46,9 |

#### 4.2.7. Visitas familiares e amigos

Analisando o quadro 16, verifica-se que 93,8% dos idosos destes lares recebem visitas, correspondendo 77,0% destas visitas apenas a familiares. Há, no entanto, uma percentagem dos idosos (18,0%) que indica receber visitas não só da família mas também de amigos. Apenas 4,9% dos idosos que recebem visitas indicam receber visitas apenas de amigos. A maior parte das visitas tem uma periodicidade semanal (51,6%), no entanto 22,1% dos idosos indicam estas serem mensais e 18,95 indica serem ocasionais. Apenas 7,4% dos idosos reportam receberem visitas diárias.

**Quadro 16 - Visitas aos Idosos**

|                     | Instituições |      |    |      |   |      |   |      |    |      |    |      |    |      | Total |      |
|---------------------|--------------|------|----|------|---|------|---|------|----|------|----|------|----|------|-------|------|
|                     | 1            |      | 2  |      | 3 |      | 4 |      | 5  |      | 6  |      | 7  |      |       |      |
|                     | N            | %    | N  | %    | N | %    | N | %    | N  | %    | N  | %    | N  | %    | N     | %    |
| Recebe visitas      |              |      |    |      |   |      |   |      |    |      |    |      |    |      |       |      |
| Sim                 | 63           | 91,3 | 10 | 90,9 | 4 | 100  | 7 | 100  | 12 | 100  | 13 | 100  | 13 | 92,9 | 122   | 93,8 |
| Não                 | 6            | 8,7  | 1  | 9,1  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 0  | 0,0  | 0  | 0,0  | 1  | 7,1  | 8     | 6,2  |
| De quem             |              |      |    |      |   |      |   |      |    |      |    |      |    |      |       |      |
| Familiares          | 47           | 74,6 | 7  | 70,0 | 4 | 100  | 4 | 57,1 | 11 | 91,7 | 11 | 84,6 | 10 | 76,9 | 94    | 77,0 |
| Familiares e amigos | 14           | 22,2 | 3  | 30,0 | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 1  | 8,3  | 2  | 15,4 | 2  | 15,4 | 22    | 18,0 |
| Amigos              | 2            | 3,2  | 0  | 0,0  | 0 | 0,0  | 3 | 42,9 | 0  | 0,0  | 0  | 0,0  | 1  | 7,7  | 6     | 4,9  |
| Frequência visitas  |              |      |    |      |   |      |   |      |    |      |    |      |    |      |       |      |
| Ocasionais          | 9            | 14,3 | 4  | 40,0 | 1 | 25,0 | 3 | 42,9 | 1  | 8,3  | 1  | 7,7  | 4  | 30,8 | 23    | 18,9 |
| Mensais             | 17           | 27,0 | 2  | 20,0 | 1 | 25,0 | 0 | 0,0  | 2  | 16,7 | 2  | 15,4 | 3  | 23,1 | 27    | 22,1 |
| Semanais            | 34           | 54,0 | 4  | 40,0 | 2 | 50,0 | 4 | 57,1 | 4  | 33,3 | 9  | 69,2 | 6  | 46,2 | 63    | 51,6 |
| Diárias             | 3            | 4,8  | 0  | 0,0  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 5  | 41,7 | 1  | 7,7  | 0  | 0,0  | 9     | 7,4  |

#### 4.2.8. Relacionamento interpessoal

Uma outra vertente muito importante consiste em tentar perceber de que forma os idosos do nosso estudo se relacionam com a família, com os seus pares e com os funcionários das instituições. Pela análise do quadro 17 constata-se que a maior parte dos idosos tem uma relação muito satisfatória (55,4%) ou satisfatória (29,2%) com os seus familiares. Alguns destes relatam manter apenas uma relação razoável (9,2%) ou mesmo não satisfatória (6,2%) com os seus familiares. No que diz respeito à relação com os restantes idosos a distribuição incide maioritariamente no grupo de idosos que indica manter uma relação satisfatória (50,8%) e mesmo muito satisfatória (20,0%) com os restantes idosos. Apenas 23,8% dos idosos reportam ter uma relação razoável e só 5,4% indica terem uma relação não satisfatória com os restantes idosos. Nenhum dos idosos relatou ter uma relação não satisfatória com os funcionários das instituições. A maior parte indicou ter uma relação satisfatória (48,5%), muito satisfatória (35,4%) ou razoável (16,2%) com os funcionários das instituições.

**Quadro 17 – Relações interpessoais dos Idosos**

|                                           | Instituições |      |   |      |   |      |   |      |    |      |   |      | Total |      |    |      |
|-------------------------------------------|--------------|------|---|------|---|------|---|------|----|------|---|------|-------|------|----|------|
|                                           | 1            |      | 2 |      | 3 |      | 4 |      | 5  |      | 6 |      |       |      | 7  |      |
|                                           | N            | %    | N | %    | N | %    | N | %    | N  | %    | N | %    | N     | %    | N  | %    |
| Relacionamento com a família              |              |      |   |      |   |      |   |      |    |      |   |      |       |      |    |      |
| Muito satisfatória                        | 37           | 53,6 | 5 | 45,5 | 2 | 50,0 | 4 | 57,1 | 10 | 83,3 | 7 | 53,8 | 7     | 50,0 | 72 | 55,4 |
| Satisfatória                              | 23           | 33,3 | 4 | 36,4 | 1 | 25,0 | 0 | 0,0  | 1  | 8,3  | 6 | 46,2 | 3     | 21,4 | 38 | 29,2 |
| Razoável                                  | 4            | 5,8  | 0 | 0,0  | 1 | 25,0 | 3 | 42,9 | 1  | 8,3  | 0 | 0,0  | 3     | 21,4 | 12 | 9,2  |
| Não satisfatória                          | 5            | 7,2  | 2 | 18,2 | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 0  | 0,0  | 0 | 0,0  | 1     | 7,1  | 8  | 6,2  |
| Relacionamento com outros idosos          |              |      |   |      |   |      |   |      |    |      |   |      |       |      |    |      |
| Muito satisfatória                        | 12           | 17,4 | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 8  | 66,7 | 4 | 30,8 | 2     | 14,3 | 26 | 20,0 |
| Satisfatória                              | 34           | 49,3 | 5 | 45,5 | 4 | 100  | 2 | 28,6 | 3  | 25,0 | 8 | 61,5 | 10    | 71,4 | 66 | 50,8 |
| Razoável                                  | 16           | 23,2 | 6 | 54,5 | 0 | 0,0  | 5 | 71,4 | 1  | 8,3  | 1 | 7,7  | 2     | 14,3 | 31 | 23,8 |
| Não satisfatória                          | 7            | 10,1 | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 0  | 0,0  | 0 | 0,0  | 0     | 0,0  | 7  | 5,4  |
| Relacionamento com os funcionários do lar |              |      |   |      |   |      |   |      |    |      |   |      |       |      |    |      |
| Muito satisfatória                        | 29           | 42,0 | 2 | 18,2 | 0 | 0,0  | 1 | 14,3 | 7  | 58,3 | 1 | 7,7  | 6     | 42,9 | 46 | 35,4 |
| Satisfatória                              | 29           | 42,0 | 5 | 45,5 | 3 | 75,0 | 6 | 85,7 | 4  | 33,3 | 9 | 69,2 | 7     | 50,0 | 63 | 48,5 |
| Razoável                                  | 11           | 15,9 | 4 | 36,4 | 1 | 25,0 | 0 | 0,0  | 1  | 8,3  | 3 | 23,1 | 1     | 7,1  | 21 | 16,2 |

#### 4.2.9. Problemas de saúde

Quando inquiridos sobre se têm algum tipo de problema de saúde 91,5% dos idosos respondem afirmativamente, tendo apenas 8,5% indicado não terem qualquer problema de saúde (Quadro 18). Dos problemas de saúde referidos salienta-se as doenças e perturbações do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo, doenças cardiovasculares, doenças e perturbações do sistema hepatobiliar e pâncreas e doenças neurológicas.

**Quadro 18 – Problemas de Saúde dos Idosos**

|                    | Instituições |      |    |     |   |     |   |     |    |     |    |      | Total |      |     |      |
|--------------------|--------------|------|----|-----|---|-----|---|-----|----|-----|----|------|-------|------|-----|------|
|                    | 1            |      | 2  |     | 3 |     | 4 |     | 5  |     | 6  |      |       |      | 7   |      |
|                    | N            | %    | N  | %   | N | %   | N | %   | N  | %   | N  | %    | N     | %    | N   | %    |
| Problemas de saúde |              |      |    |     |   |     |   |     |    |     |    |      |       |      |     |      |
| Sim                | 64           | 92,8 | 11 | 100 | 4 | 100 | 7 | 100 | 12 | 100 | 10 | 76,9 | 11    | 78,6 | 119 | 91,5 |
| Não                | 5            | 7,2  | 0  | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0  | 0,0 | 3  | 23,1 | 3     | 21,4 | 11  | 8,5  |

#### 4.2.10. Existência de dor

Outro ponto importante relacionado com a saúde do idoso foi o de averiguar se o idoso sente ou não algum tipo de Dor. Constatou-se que 63,1% dos idosos responderam afirmativamente (Quadro 19).

**Quadro 19 – Existência de Dor**

|                | Instituições |      |   |      |   |      |   |      |   |      |   |      | Total |      |    |      |
|----------------|--------------|------|---|------|---|------|---|------|---|------|---|------|-------|------|----|------|
|                | 1            |      | 2 |      | 3 |      | 4 |      | 5 |      | 6 |      |       |      | 7  |      |
|                | N            | %    | N | %    | N | %    | N | %    | N | %    | N | %    | N     | %    | N  | %    |
| Tem alguma dor |              |      |   |      |   |      |   |      |   |      |   |      |       |      |    |      |
| Sim            | 48           | 69,6 | 8 | 72,7 | 2 | 50,0 | 5 | 71,4 | 5 | 50,0 | 7 | 53,8 | 6     | 42,9 | 82 | 63,1 |
| Não            | 21           | 30,4 | 3 | 27,3 | 2 | 50,0 | 2 | 28,6 | 6 | 50,0 | 6 | 46,2 | 8     | 57,1 | 48 | 36,9 |

#### 4.2.11. Atividades diárias

Uma outra vertente que se torna pertinente analisar na vida do idoso consiste em perceber de que forma este passa o tempo, i.e., quais as atividades por si desenvolvidas ao longo do dia. A atividade mais referida é a fisioterapia (72,7%), no entanto existem outras atividades referidas pelos idosos como é o caso de visualização de televisão (15,1%), ler (9,4%), frequentarem o coro (8,5%) e jogar dominó (7,5%) (Quadro 20).

**Quadro 20 – Atividades diárias dos Idosos**

|                             | Instituições |      |   |      |   |     |   |       |    |     |   |      |   |      | Total |      |
|-----------------------------|--------------|------|---|------|---|-----|---|-------|----|-----|---|------|---|------|-------|------|
|                             | 1            |      | 2 |      | 3 |     | 4 |       | 5  |     | 6 |      | 7 |      |       |      |
|                             | N            | %    | N | %    | N | %   | N | %     | N  | %   | N | %    | N | %    | N     | %    |
| Atividades diárias          |              |      |   |      |   |     |   |       |    |     |   |      |   |      |       |      |
| Fisioterapia                | 33           | 55,9 | 5 | 45,5 | 0 | 0,0 | 3 | 60,00 | 10 | 100 | 9 | 81,8 | 6 | 66,7 | 66    | 62,3 |
| Ler                         | 3            | 5,1  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0 | 0 | 0,0   | 0  | 0,0 | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 3     | 2,8  |
| Ver televisão               | 9            | 15,3 | 1 | 9,1  | 1 | 100 | 2 | 40,00 | 0  | 0,0 | 1 | 9,1  | 1 | 11,1 | 15    | 14,2 |
| Jogar dominó                | 1            | 1,7  | 1 | 9,1  | 0 | 0,0 | 0 | 0,0   | 0  | 0,0 | 0 | 0,0  | 1 | 11,1 | 3     | 2,8  |
| Coro                        | 1            | 1,7  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0 | 0 | 0,0   | 0  | 0,0 | 0 | 0,0  | 1 | 11,1 | 2     | 1,9  |
| Fisioterapia e ler          | 2            | 3,4  | 4 | 36,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0   | 0  | 0,0 | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 6     | 5,7  |
| Fisioterapia e jogar dominó | 3            | 5,1  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0 | 0 | 0,0   | 0  | 0,0 | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 3     | 2,8  |
| Fisioterapia e coro         | 5            | 8,5  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0 | 0 | 0,0   | 0  | 0,0 | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 5     | 4,7  |
| Ler e ver televisão         | 0            | 0,0  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0 | 0 | 0,0   | 0  | 0,0 | 1 | 9,1  | 0 | 0,0  | 1     | 0,9  |
| Jogar dominó e coro         | 2            | 3,4  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0 | 0 | 0,0   | 0  | 0,0 | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 5     | 1,9  |

#### 4.3. ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA (QVI)

O índice de qualidade de vida (QVI) avalia sete componentes (Isolamento/ Comunicação; Mobilidade; Atividades da vida diária; Atividade ocupacional; Atividade lúdica; Relação familiar e Recursos económicos) variando o seu índice entre os 3 e os

50 pontos. Considera-se existir qualidade de vida para valores iguais ou superiores a 23 pontos.

#### **4.3.1. Isolamento/ Comunicação**

No que diz respeito à componente Isolamento/Comunicação, e tendo em conta a totalidade dos idosos da amostra, todos os idosos revelaram efetuar algum tipo de comunicação. O grupo mais alargado foi o dos idosos que apresentam comunicação centrada na envolvente habitacional (instituição) com 61,5%. Cerca de 30,85% revelaram comunicação alargada ao mundo exterior e apenas 7,7% revelaram comunicação centrada no domicílio (Quadro 21). Este foi o cenário encontrado na maior parte das instituições, tendo o grupo dos idosos que apresentam comunicação centrada na envolvente habitacional atingido uma ainda maior percentagem no caso do Centro social paroquial Padre Fernando Martins com 90,9% e da Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz com 85,7%. Em algumas das instituições uma maior percentagem de idosos revelou ter comunicação alargada ao mundo exterior como foi o caso do Lar do Dafundo (50,0%), Lar Vila Mendes (42,9%).

#### **4.3.2. Mobilidade**

Os idosos da totalidade da amostra necessitam, na sua maior parte (54,6%), de recorrer a ajudas técnicas para se deslocarem. Existem, no entanto, 32,3% de idosos que referem deslocar-se sem qualquer tipo de ajuda. De referir que 11,5% dos idosos admitem terem mobilidade mas apenas com ajuda de outras pessoas e apenas 1,5% refere não ter mobilidade. Ao analisar cada uma das instituições conclui-se que há algumas instituições com um comportamento ligeiramente diferente como é o caso do Centro social paroquial Padre Fernando Martins onde 81,8% refere ter mobilidade através de ajudas técnicas ou a Casa residencial sénior São Pedro onde 53,8% dos seus idosos referem ter mobilidade sem ajuda (Quadro 21).

#### **4.3.3. Atividade de vida diária**

Quando inquiridos acerca das atividades da vida diária, 40,8% dos idosos referiram realizar atividades mas com ajuda de outros, 38,5% referiu realizar atividades sem ajuda. Cerca de 12,8% dos idosos afirmou não efetuar atividades e 6,9% dos idosos

referiu efetuarem atividades mas com ajudas técnicas. Ao efetuar o estudo em cada instituição verifica-se que no Centro social paroquial Padre Fernando Martins e no Lar Vila Mendes predominam os idosos que realizam atividades sem qualquer ajuda com 72,7% e 57,1%, respectivamente. Já na Casa residencial sénior São Pedro (61,5%) e no IASFA (43,5%) predominam os idosos que realizam atividades com ajuda de outros (Quadro 21).

#### **4.3.4. Atividade ocupacional**

Relativamente à atividade ocupacional os grupos predominantes tendo em conta a totalidade da amostra são os grupos dos idosos que dizem manter uma atividade ocupacional remunerada (43,8%) e os que dizem não ter qualquer atividade desta índole (30,0%). Destaca-se ainda os 20% que dizem manter uma atividade regular e os 6,2% que referem ter uma atividade esporádica. Ao debruçar-nos sobre as instituições individualmente constata-se que em todas com exceção do IASFA, do Centro social paroquial Padre Fernando Martins e da Casa residencial sénior São Pedro, predomina o grupo daqueles que não têm qualquer atividade ocupacional. Salienta-se o Lar do Dafundo (100%), o Lar Vila Mendes (85,7%) e o Lar Vasco da Gama (66,7%). A única instituição onde se verificou ser muito reduzido o grupo de idosos que referiu não ter qualquer tipo de atividade ocupacional foi o IASFA com 4,3%. De realçar que o IASFA foi praticamente a única instituição onde os seus idosos, quase na totalidade, referiram ter uma atividade ocupacional remunerada (81,2%). No Centro social paroquial Padre Fernando Martins e na Casa residencial sénior São Pedro predominaram aqueles que referiram manter uma atividade regular com 54,5% e 46,2% respectivamente (Quadro 21).

#### **4.3.5. Atividade Lúdica**

Ao tentar aferir se os idosos da amostra desenvolvem ou não algum tipo de atividade lúdica constata-se que a grande maioria refere fazê-lo (80,8%). Esse é aliás o cenário encontrado quando vamos ao detalhe da análise individual de cada instituição. A única exceção verifica-se no Centro social paroquial Padre Fernando Martins onde 54,5% dos idosos refere não desenvolver qualquer tipo de atividade lúdica (Quadro 21).

#### **4.3.6. Relação Familiar**

No que diz respeito à relação familiar que os idosos mantêm com as suas famílias e à participação destes constata-se que existe participação e predomina para os idosos da totalidade da amostra com 87,7%. Regra geral é o que se verifica quando se analisa as instituições individualmente atingindo percentagens superiores a 84% para todas as instituições com exceção para o Lar Vila Mendes onde a percentagem dos idosos que diz manter uma participação familiar baixa para os 57,1% (Quadro 21).

#### **4.3.7. Recursos económicos**

Os recursos económicos são apontados como suficientes para as necessidades básicas para a maioria dos idosos (51,5%), tendo 43,8% referido serem estes recursos insuficientes. Apenas 4,6% dos idosos referiu que os seus recursos económicos vão para além das necessidades básicas. Analisando individualmente cada uma das instituições constata-se que o equilíbrio entre os que dizem ter recursos insuficientes e os que referem serem suficientes para as necessidades básicas se verifica para a maioria das instituições sendo mesmo igual no caso do Lar do Dafundo e no Lar Vasco da Gama. Aqueles que referem terem recursos insuficientes predominam no Lar Vila Mendes com 71,4% e na Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz com 57,1%. De salientar que os únicos idosos a referir que os seus recursos vão além das necessidades básicas pertencem apenas a duas das instituições em estudo: ao IASFA (7,2%) e à Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz com 7,1% (Quadro 21).

**Quadro 21 – Respostas dos idosos segundo os componentes da escala da qualidade de vida (QVI)**

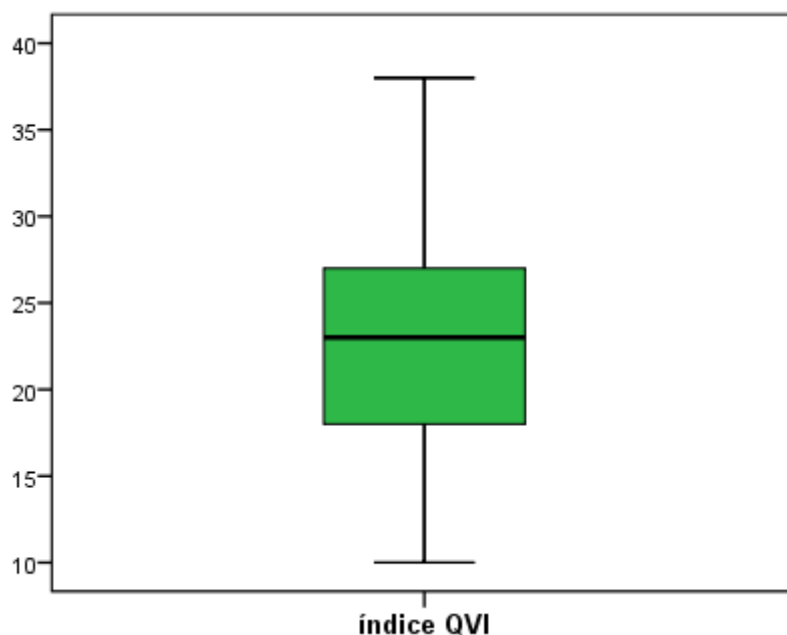
|                            | Instituições |      |    |      |   |      |   |      |    |      |    |      | Total |      |     |      |
|----------------------------|--------------|------|----|------|---|------|---|------|----|------|----|------|-------|------|-----|------|
|                            | 1            |      | 2  |      | 3 |      | 4 |      | 5  |      | 6  |      |       |      | 7   |      |
|                            | N            | %    | N  | %    | N | %    | N | %    | N  | %    | N  | %    | N     | %    | N   | %    |
| Isolamento / Comunicação   |              |      |    |      |   |      |   |      |    |      |    |      |       |      |     |      |
| c. centrada domicílio      | 5            | 7,2  | 0  | 0,0  | 0 | 0,0  | 2 | 28,6 | 2  | 16,7 | 1  | 7,7  | 0     | 0,0  | 10  | 7,7  |
| c. centrada envol.habit    | 40           | 58,0 | 10 | 90,9 | 2 | 50,0 | 2 | 28,6 | 7  | 58,3 | 7  | 53,8 | 12    | 85,7 | 80  | 61,5 |
| c. alargada<br>m. exterior | 24           | 34,8 | 1  | 9,1  | 2 | 50,0 | 3 | 42,9 | 3  | 25,0 | 5  | 38,5 | 2     | 14,3 | 40  | 30,8 |
| Mobilidade                 |              |      |    |      |   |      |   |      |    |      |    |      |       |      |     |      |
| sem mobilidade             | 0            | 0,0  | 0  | 0,0  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 0  | 0,0  | 1  | 7,7  | 1     | 7,1  | 2   | 1,5  |
| mob. comaju. Outros        | 6            | 8,7  | 0  | 0,0  | 0 | 0,0  | 1 | 14,3 | 3  | 25,0 | 3  | 23,1 | 2     | 14,3 | 15  | 11,5 |
| mob. atrav ajudas técn.    | 41           | 59,4 | 9  | 81,8 | 2 | 50,0 | 3 | 42,9 | 8  | 66,7 | 2  | 15,4 | 6     | 42,9 | 71  | 54,6 |
| mob. sem ajuda             | 22           | 31,9 | 2  | 18,2 | 2 | 50,0 | 3 | 42,9 | 1  | 8,3  | 7  | 53,8 | 5     | 35,7 | 42  | 32,3 |
| Atividades de vida diária  |              |      |    |      |   |      |   |      |    |      |    |      |       |      |     |      |
| sem atividades             | 11           | 15,9 | 1  | 9,1  | 0 | 0,0  | 1 | 14,3 | 4  | 33,3 | 1  | 7,7  | 0     | 0,0  | 18  | 13,8 |
| ativ. comaju. Outros       | 30           | 43,5 | 1  | 9,1  | 1 | 25,0 | 2 | 28,6 | 4  | 33,3 | 8  | 61,5 | 7     | 50,0 | 53  | 40,8 |
| ativ. atrav ajudas técn.   | 5            | 7,2  | 1  | 9,1  | 1 | 25,0 | 0 | 0,0  | 2  | 16,7 | 0  | 0,0  | 0     | 0,0  | 9   | 6,9  |
| atividades sem ajuda       | 23           | 33,3 | 8  | 72,7 | 2 | 50,0 | 4 | 57,1 | 2  | 16,7 | 4  | 30,8 | 7     | 50,0 | 50  | 38,5 |
| Atividade Ocupacional      |              |      |    |      |   |      |   |      |    |      |    |      |       |      |     |      |
| sem atividade              | 3            | 4,3  | 5  | 45,5 | 4 | 100  | 6 | 85,7 | 8  | 66,7 | 4  | 30,8 | 9     | 64,3 | 39  | 30,0 |
| ativ. ocu. Remunerad       | 56           | 81,2 | 0  | 0,0  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 0  | 0,0  | 1  | 7,7  | 0     | 0,0  | 57  | 43,8 |
| atividade esporádica       | 3            | 4,3  | 0  | 0,0  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 1  | 8,3  | 2  | 15,4 | 2     | 14,3 | 8   | 6,2  |
| atividade regular          | 7            | 10,1 | 6  | 54,5 | 0 | 0,0  | 1 | 14,3 | 3  | 25,0 | 6  | 46,2 | 3     | 21,4 | 26  | 20,0 |
| Atividade Lúdica           |              |      |    |      |   |      |   |      |    |      |    |      |       |      |     |      |
| sem atividade              | 54           | 78,3 | 5  | 45,5 | 4 | 100  | 7 | 100  | 12 | 100  | 12 | 92,3 | 11    | 78,6 | 105 | 80,8 |
| com atividade              | 15           | 21,7 | 6  | 54,6 | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 0  | 0,0  | 1  | 7,7  | 3     | 21,4 | 25  | 19,2 |
| Relação familiar           |              |      |    |      |   |      |   |      |    |      |    |      |       |      |     |      |
| sem relação                | 11           | 15,9 | 1  | 9,1  | 0 | 0,0  | 3 | 42,9 | 0  | 0,0  | 0  | 0,0  | 1     | 7,1  | 16  | 12,3 |
| participaçã<br>familiar    | 58           | 84,1 | 10 | 90,9 | 4 | 100  | 4 | 57,1 | 12 | 100  | 13 | 100  | 13    | 92,9 | 114 | 87,7 |
| Recursos económicos        |              |      |    |      |   |      |   |      |    |      |    |      |       |      |     |      |
| insuficient.               | 25           | 36,2 | 5  | 45,5 | 2 | 50,0 | 5 | 71,4 | 6  | 50,0 | 6  | 46,2 | 8     | 57,1 | 57  | 43,8 |
| suficientes nec básicas    | 39           | 56,5 | 6  | 54,5 | 2 | 50,0 | 2 | 28,6 | 6  | 50,0 | 7  | 53,8 | 5     | 35,7 | 67  | 51,5 |
| além das nec básicas       | 5            | 7,2  | 0  | 0,0  | 0 | 0,0  | 0 | 0,0  | 0  | 0,0  | 0  | 0,0  | 1     | 7,1  | 6   | 4,6  |

Analisando o Quadro 22, que corresponde ao índice de qualidade de vida se encontrar acima (com qualidade de vida) ou abaixo (sem qualidade de vida) de 23, verifica-se que 56,2% dos idosos do total da amostra se encontram integrados no grupo sem qualidade de vida. Apenas 43,8% se situam no grupo com qualidade de vida. Ao analisar individualmente cada uma das instituições verifica-se que os resultados obtidos globalmente são, regra geral, os verificados individualmente com a Casa residencial sénior São Pedro (76,9%) e o Centro social paroquial Padre Fernando Martins (72,7%) a serem as instituições com a maior percentagem de idosos no grupo sem qualidade de vida. Verifica-se a existência de duas instituições onde o grupo com qualidade de vida está mais representado, sendo estas o Lar Vasco da Gama (66,7%) e a Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz (57,1%).

**Quadro 22 – Índice da qualidade de vida (QVI) dos idosos**

|                    | Instituições |      |    |      |   |      |   |      |    |      |    |      | Total |      |     |      |
|--------------------|--------------|------|----|------|---|------|---|------|----|------|----|------|-------|------|-----|------|
|                    | 1            |      | 2  |      | 3 |      | 4 |      | 5  |      | 6  |      |       |      | 7   |      |
|                    | N            | %    | N  | %    | N | %    | N | %    | N  | %    | N  | %    | N     | %    | N   | %    |
| Índice QVI         |              |      |    |      |   |      |   |      |    |      |    |      |       |      |     |      |
| Sem qualidade vida | 39           | 56,5 | 8  | 72,7 | 2 | 50,0 | 4 | 57,1 | 4  | 33,3 | 10 | 76,9 | 6     | 42,9 | 73  | 56,2 |
| Com qualidade vida | 30           | 43,5 | 3  | 27,3 | 2 | 50,0 | 3 | 42,9 | 8  | 66,7 | 3  | 23,1 | 8     | 57,1 | 57  | 43,8 |
| TOTAL              | 69           | 100  | 11 | 100  | 4 | 100  | 7 | 100  | 12 | 100  | 13 | 100  | 14    | 100  | 130 | 100  |

Deixando de olhar numa perspectiva dicotômica de apenas dois grupos e passando a analisar com mais detalhe o próprio índice verifica-se, segundo o Quadro 23 e a Figura 2, que o valor médio global é de 23,22 com um desvio padrão de 6,471 com valores que oscilam entre os 10 e 38.



**Figura 3 - Escala do índice da qualidade de vida global**

Analisando individualmente cada uma das instituições através da Figura 3 e do Quadro 23 é possível verificar que existem algumas instituições onde o valor médio se destaca com é o caso do Centro social paroquial Padre Fernando Martins com 27,82 seguida da Casa residencial sénior São Pedro com 24,23. Com a menor média destacam-se o Lar Vasco da Gama com 19,75 e o Lar Vila Mendes com 20,00.

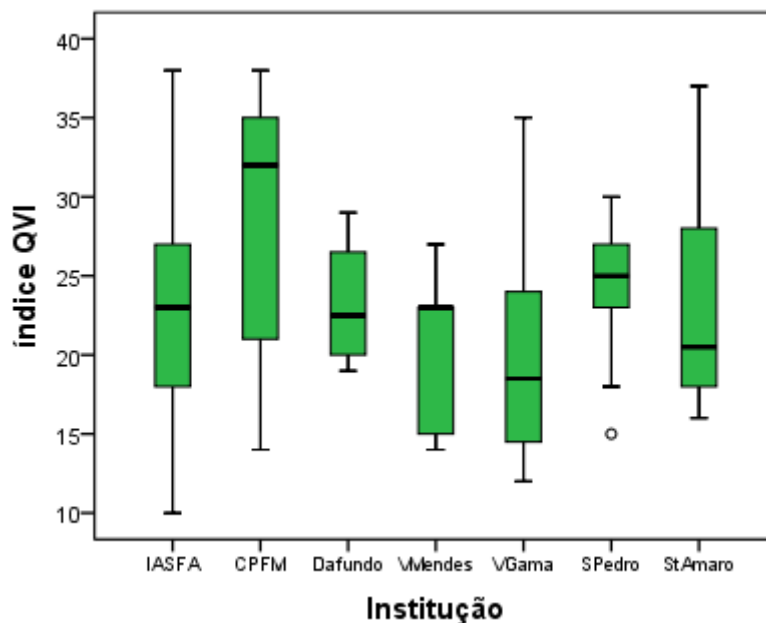


Figura 4 - Escala do índice da qualidade de vida por instituição

Quadro 23 – Resultados da aplicação da escala do índice da qualidade de vida por instituição

| Instituição                              | N          | Min.      | Máx.      | Média        | DP           |
|------------------------------------------|------------|-----------|-----------|--------------|--------------|
| Inst. ação social forças armadas (IASFA) | 69         | 10        | 38        | 23,16        | 6,258        |
| Cent. Soc. Par. Padre Fernando Martins   | 11         | 14        | 38        | 27,82        | 8,400        |
| Lar do Dafundo                           | 4          | 19        | 29        | 23,25        | 4,349        |
| Lar Vila Mendes                          | 7          | 14        | 27        | 20,00        | 5,228        |
| Lar Vasco da Gama                        | 12         | 12        | 35        | 19,75        | 6,757        |
| Casa residencial sénior São Pedro        | 13         | 15        | 30        | 24,23        | 4,549        |
| C. Rep. Sto Amaro Oeiras e Padre Cruz    | 14         | 16        | 37        | 23,50        | 6,779        |
| <b>Total</b>                             | <b>130</b> | <b>10</b> | <b>38</b> | <b>23,22</b> | <b>6,471</b> |

Salienta-se que aplicando o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, esta variável, para a totalidade das suas amostras, não segue uma distribuição normal ( $KS=0,089$ ;  $gl=130$ ;  $p=0,014$ ). Por esse motivo, sempre que for necessário efetuar testes sobre esta, serão aplicados testes não paramétricos, como o de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, consoante as variáveis em estudo.

Neste caso, aplicando o teste de Kruskal-Wallis da escala do índice da qualidade de vida em função da instituição, para tentar aferir se existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios das ordens da escala do índice QVI, conclui-se que apesar de aparentemente existirem diferenças significativas entre as instituições tal não acontece sendo a diferença não significativa ( $\chi^2=10,134$ ;  $p=0,114$ ).

**Quadro 24 – Teste de Kruskal-Wallis da escala do índice da qualidade de vida em função da instituição**

| Instituição                              | N  | Média ordens | $\chi^2$ | P     |
|------------------------------------------|----|--------------|----------|-------|
| Inst. ação social forças armadas (IASFA) | 69 | 65,78        | 10,134   | 0,114 |
| Cent. Soc. Par. Padre Fernando Martins   | 11 | 87,18        |          |       |
| Lar do Dafundo                           | 4  | 67,88        |          |       |
| Lar Vila Mendes                          | 7  | 45,93        |          |       |
| Lar Vasco da Gama                        | 12 | 44,13        |          |       |
| Casa Residencial Sênior São Pedro        | 13 | 74,04        |          |       |
| C. Rep. Sto Amaro Oeiras e Padre Cruz    | 14 | 66,57        |          |       |

#### 4.4. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

O índice das atividades de vida diárias (AVDs) foi avaliado por uma adaptação do índice de Katz com quatro componentes (banho; vestir-se; utilização do WC; mobilidade) variando o seu índice entre os 0 e os 4 pontos, podendo as pessoas idosas serem englobadas em três grupos distintos: dependência importante (0-1 pontos); dependência parcial (2-3 pontos); independência (4 pontos).

##### Banho

No que diz respeito a tomar banho (com esponja em duche ou banheira) 67,7% dos idosos necessita de ajuda para lavar-se em mais de uma parte do corpo, necessita de ajuda para sair ou entrar na banheira ou não se lava sozinho pelo que é considerado dependente nesta atividade (Quadro 25).

##### Vestir

Existe uma menor percentagem de idosos (40,8%) que é independente a vestir-se (vai buscar a roupa de armários e gavetas, veste a roupa, coloca adornos e abrigos; utiliza auxiliares mecânicos). A maior parte dos idosos (59,2%) não se veste só ou veste-se parcialmente (Quadro 25).

##### Utilização do W.C.

Relativamente à utilização do W.C., 53,8% vai ao W.C., entrando e saindo sozinho do mesmo, consegue limpar os órgãos excretores e compõe a sua roupa (independente). Já 46,2% usa bacio ou urinol ou precisa de ajuda para utilizar o W.C. (Quadro 25).

## Mobilidade

A maior parte dos idosos (53,1%) precisa de ajuda para utilizar a cama e/ou a cadeira (dependente) e apenas 46,9% entra e sai da cama, senta-se ou levanta-se da cadeira, de forma independente (Quadro 25).

**Quadro 25 – Respostas dos idosos segundo os componentes da escala adaptada do índice de Katz**

|                    | Instituições |      |    |      |   |       |   |      |    |      |    |      |   |      | Total |      |
|--------------------|--------------|------|----|------|---|-------|---|------|----|------|----|------|---|------|-------|------|
|                    | 1            |      | 2  |      | 3 |       | 4 |      | 5  |      | 6  |      | 7 |      |       |      |
|                    | N            | %    | N  | %    | N | %     | N | %    | N  | %    | N  | %    | N | %    | N     | %    |
| Banho              |              |      |    |      |   |       |   |      |    |      |    |      |   |      |       |      |
| Depend.            | 40           | 58,0 | 10 | 90,9 | 4 | 100,0 | 4 | 57,1 | 11 | 91,7 | 11 | 84,6 | 8 | 57,1 | 88    | 67,7 |
| Independ.          | 29           | 42,0 | 1  | 9,1  | 0 | 0,0   | 3 | 42,9 | 1  | 8,3  | 2  | 15,4 | 6 | 42,9 | 42    | 32,3 |
| Vestir-se          |              |      |    |      |   |       |   |      |    |      |    |      |   |      |       |      |
| Depend.            | 35           | 50,7 | 8  | 72,7 | 3 | 75,0  | 2 | 28,6 | 10 | 83,3 | 11 | 84,6 | 8 | 57,1 | 77    | 59,2 |
| Independ.          | 34           | 49,3 | 3  | 27,3 | 1 | 25,0  | 5 | 71,4 | 2  | 16,7 | 2  | 15,4 | 6 | 42,9 | 53    | 40,8 |
| Utilização do W.C. |              |      |    |      |   |       |   |      |    |      |    |      |   |      |       |      |
| Depend.            | 31           | 44,9 | 3  | 27,3 | 2 | 50,0  | 2 | 28,6 | 9  | 75,0 | 6  | 46,2 | 7 | 50,0 | 60    | 46,2 |
| Independ.          | 38           | 55,1 | 8  | 72,7 | 2 | 50,0  | 5 | 71,4 | 3  | 25,0 | 7  | 53,8 | 7 | 50,0 | 70    | 53,8 |
| Mobilidade         |              |      |    |      |   |       |   |      |    |      |    |      |   |      |       |      |
| Depend.            | 30           | 43,5 | 4  | 36,4 | 1 | 25,0  | 2 | 28,6 | 10 | 83,3 | 7  | 53,8 | 7 | 50,0 | 61    | 46,9 |
| Independ.          | 39           | 56,5 | 7  | 63,6 | 3 | 75,0  | 5 | 71,4 | 2  | 16,7 | 6  | 46,2 | 7 | 50,0 | 69    | 53,1 |

Analisando o quadro 26 depreende-se que 48,4% dos idosos integram o grupo dos que têm uma dependência importante, seguindo-se o grupo dos independentes com 31,5%, sendo o grupo dos que têm uma dependência parcial de 20,0%.

**Quadro 26 – Índice das atividades de vida diárias através da adaptação do índice de Katz**

|                        | Instituições |      |   |      |   |      |   |      |   |      | Total |      |   |      |    |      |
|------------------------|--------------|------|---|------|---|------|---|------|---|------|-------|------|---|------|----|------|
|                        | 1            |      | 2 |      | 3 |      | 4 |      | 5 |      |       |      | 6 |      | 7  |      |
|                        | N            | %    | N | %    | N | %    | N | %    | N | %    | N     | %    | N | %    | N  | %    |
| dependência importante | 31           | 44,9 | 4 | 36,4 | 2 | 50,0 | 2 | 28,6 | 9 | 75,0 | 7     | 53,8 | 8 | 57,1 | 63 | 48,5 |
| dependência parcial    | 10           | 14,5 | 6 | 54,5 | 2 | 50,0 | 2 | 28,6 | 2 | 16,7 | 4     | 30,8 | 0 | 0,0  | 26 | 20,0 |
| Independência          | 28           | 40,6 | 1 | 9,1  | 0 | 0,0  | 3 | 42,9 | 1 | 8,3  | 2     | 15,4 | 6 | 42,9 | 41 | 31,5 |

Analisando individualmente cada instituição, constata-se que em algumas das instituições o grau de dependência é muito maior, como é o caso do Lar Vasco da Gama (com valor médio de 0,67). Noutras instituições, como no caso do Lar Vila Mendes, constata-se que o grau de dependência é menor com um valor médio de 2,57 (Quadro 27).

**Quadro 27 – Resultados da aplicação da escala utilizada do índice das atividades de vida diárias**

| Instituição                              | N          | Min.     | Máx.     | Média      | DP           |
|------------------------------------------|------------|----------|----------|------------|--------------|
| Inst. ação social forças armadas (IASFA) | 69         | 0        | 4        | 2,03       | 1,863        |
| Cent. Soc. Par. Padre Fernando Martins   | 11         | 0        | 4        | 1,73       | 1,348        |
| Lar do Dafundo                           | 4          | 0        | 3        | 1,50       | 1,291        |
| Lar Vila Mendes                          | 7          | 0        | 4        | 2,57       | 1,813        |
| Lar Vasco da Gama                        | 12         | 0        | 4        | 0,67       | 1,303        |
| Casa residencial sénior São Pedro        | 13         | 0        | 4        | 1,31       | 1,494        |
| C. Rep. Sto Amaro Oeiras e Padre Cruz    | 14         | 0        | 4        | 1,86       | 1,956        |
| <b>Total</b>                             | <b>130</b> | <b>0</b> | <b>4</b> | <b>1,8</b> | <b>1,763</b> |

#### 4.5. VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES FORMULADAS

Neste ponto ir-se-á aferir se as hipóteses formuladas nesta dissertação se verificam ou não.

##### Gênero

**H1:** Existe diferença significativa na Qualidade de Vida do idoso institucionalizado em função do gênero

A hipótese da existência de diferenças estatisticamente significativas entre os idosos do gênero masculino e os do gênero feminino na sua qualidade de vida foi avaliada pelo teste não paramétrico de U Mann-Whitney.

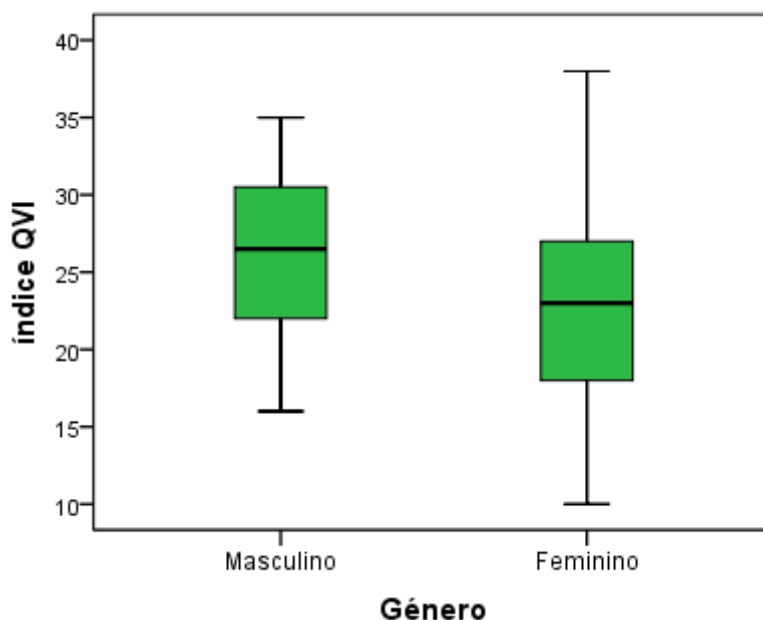
Os idosos do gênero masculino apresentaram valores do índice de QVI superiores aos apresentados pelos idosos do gênero feminino e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas ( $Z=-2,504$ ;  $p=0,012$ ) (Quadro 28).

**Quadro 28 – Teste de U Mann-Whitney da escala do índice QVI em função do gênero**

| Género    | N   | Média | DP    | Média ordens | Z      | P      |
|-----------|-----|-------|-------|--------------|--------|--------|
| Masculino | 24  | 26,13 | 5,796 | 82,85        | -2,504 | 0,012* |
| Feminino  | 106 | 22,56 | 6,459 | 61,57        |        |        |

\*  $0,010 < p \leq 0,050$

A figura 5 ilustra a distribuição da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados nos dois grupos.



**Figura 5 – Diagrama de extremos e quartis da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados do gênero masculino e feminino**

Estes resultados levam-nos a aceitar a hipótese formulada.

### **Grupo etário**

**H2:** Existe diferença significativa na Qualidade de Vida do idoso institucionalizado em função do grupo etário

A hipótese da existência de diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida dos idosos pertencentes aos diferentes grupos etários foi avaliada pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido da comparação múltipla das médias das ordens como descrito em Marôco (2007). Usou-se uma probabilidade de erro tipo I ( $\alpha$ ) de 0,05.

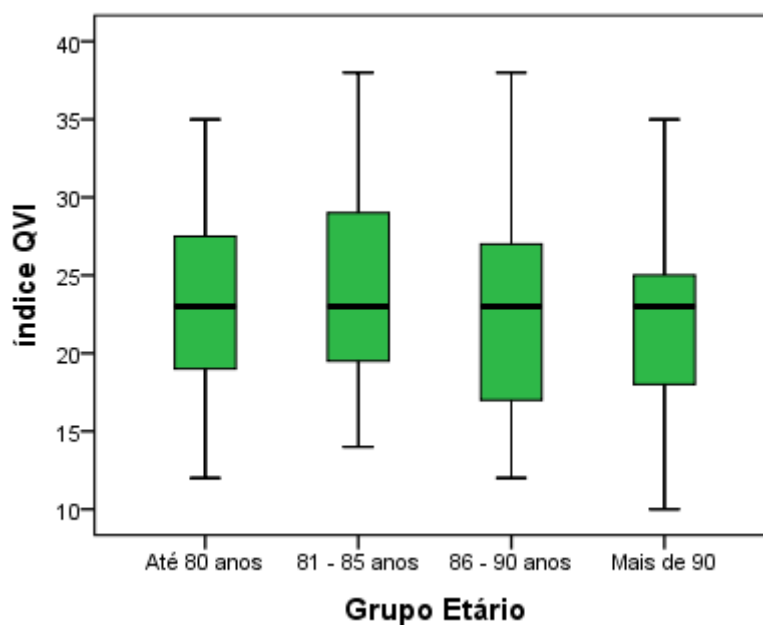
Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida dos idosos nos diferentes grupos etários ( $\chi^2=0,912$ ;  $p=0,826$ ) (Quadro 29).

**Quadro 29 – Resultados da aplicação da escala do índice da qualidade de vida pelo grupo etário**

| Grupo Etário | N  | Média | DP    | Média ordens | $\chi^2$ | P                   |
|--------------|----|-------|-------|--------------|----------|---------------------|
| Até 80       | 31 | 23,23 | 6,141 | 66,29        | 0,912    | 0,826 <sup>ns</sup> |
| 81 – 85      | 31 | 23,97 | 6,253 | 70,02        |          |                     |
| 86 – 90      | 42 | 23,26 | 7,279 | 64,56        |          |                     |
| Mais 90      | 26 | 22,23 | 5,942 | 60,69        |          |                     |

ns –  $p > 0,05$

A figura 6 ilustra a distribuição da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados nos vários grupos.



**Figura 6 - Diagrama de extremos e quartis da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados dos vários grupos etários**

Estes resultados levam-nos a rejeitar a hipótese formulada.

### **Estado Civil**

**H3:** Existe diferença significativa na Qualidade de Vida do idoso institucionalizado em função do estado civil

A hipótese da existência de diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida dos idosos pertencentes aos diferentes estados civis dos idosos foi avaliada pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido da comparação múltipla das médias das ordens como descrito em Marôco (2007). Usou-se uma probabilidade de erro tipo I ( $\alpha$ ) de 0,05.

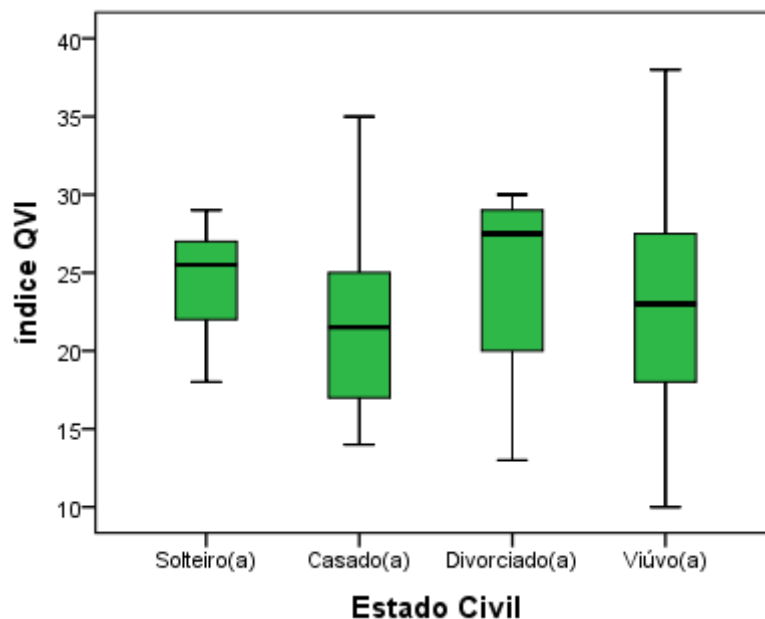
Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida dos idosos de acordo com o seu estado civil ( $\chi^2=1,500$ ;  $p=0,695$ ) apesar do grupo dos idosos casados terem registrado menor qualidade de vida (Quadro 30).

**Quadro 30 – Resultados da aplicação da escala do índice da qualidade de vida pelo estado civil**

| Estado Civil | N  | Média | DP    | Média ordens | $\chi^2$ | P                   |
|--------------|----|-------|-------|--------------|----------|---------------------|
| Solteiro     | 8  | 24,50 | 3,703 | 75,56        | 1,500    | 0,695 <sup>ns</sup> |
| Casado       | 22 | 22,14 | 6,042 | 59,50        |          |                     |
| Divorciado   | 4  | 24,50 | 7,767 | 76,88        |          |                     |
| Viúvo        | 96 | 23,30 | 6,737 | 65,56        |          |                     |

ns –  $p>0,05$

A figura 7 ilustra a distribuição da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados nos vários grupos. A linha a negrito representa a mediana, enquadrada entre o 1º quartil (extremo inferior da caixa) e o 3º quartil (extremo superior da caixa). As barras inferiores e superiores representam, respetivamente o mínimo e o máximo das distribuições.



**Figura 7 - Diagrama de extremos e quartis da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados por estado civil**

Estes resultados levam-nos a rejeitar a hipótese formulada.

### Nível de instrução

**H4:** Existe diferença significativa na Qualidade de Vida do idoso institucionalizado em função do nível de instrução

A hipótese da existência de diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida dos idosos com diferentes níveis de instrução foi avaliada pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido da comparação múltipla das médias das ordens como descrito em Marôco (2007). Usou-se uma probabilidade de erro tipo I ( $\alpha$ ) de 0,05.

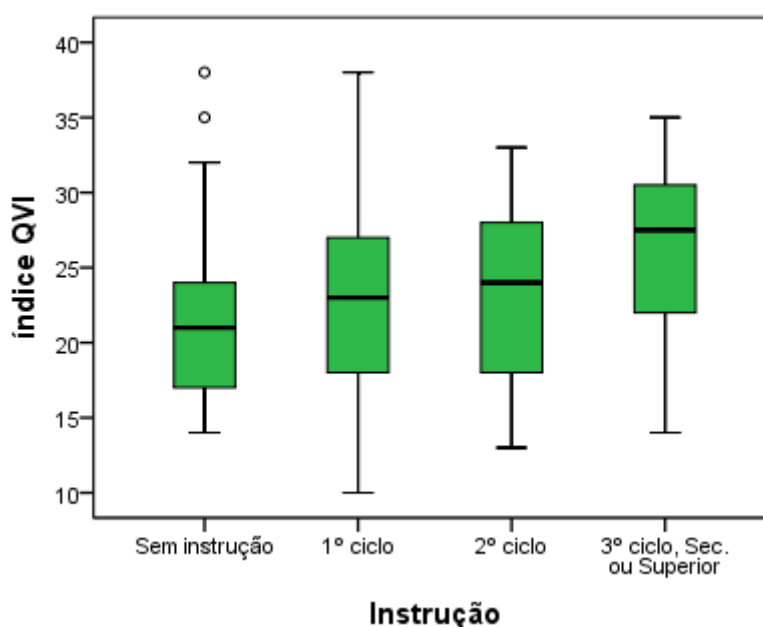
Apesar de se verificar que o valor médio do índice da qualidade de vida é tanto maior quanto o nível de instrução do idoso não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida dos idosos pertencentes aos diferentes níveis de instrução ( $\chi^2=4,336$ ;  $p=0,229$ ) (Quadro 31).

**Quadro 31 – Resultados da aplicação da escala do índice da qualidade de vida pelo nível de instrução**

| Nível instrução  | N  | Média | DP    | Média ordens | $\chi^2$ | P                   |
|------------------|----|-------|-------|--------------|----------|---------------------|
| Sem instrução    | 19 | 22,00 | 6,968 | 56,34        | 4,336    | 0,229 <sup>ns</sup> |
| 1º ciclo         | 81 | 22,99 | 6,433 | 64,27        |          |                     |
| 2º ciclo         | 18 | 23,44 | 5,953 | 68,08        |          |                     |
| 3º ciclo ou mais | 12 | 26,33 | 6,499 | 84,42        |          |                     |

ns –  $p > 0,05$

A figura 8 ilustra a distribuição da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados nos vários grupos.



**Figura 8 - Diagrama de extremos e quartis da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados pelo nível de instrução**

Estes resultados levam-nos a rejeitar a hipótese formulada.

### Existência de dor

**H5:** Existe diferença significativa na Qualidade de Vida do idoso institucionalizado em função da existência de dor

A hipótese da existência de diferenças estatisticamente significativas entre os idosos que sentem algum tipo de dor e os que não sentem dor na sua qualidade de vida foi avaliada pelo teste não paramétrico de U Mann-Whitney.

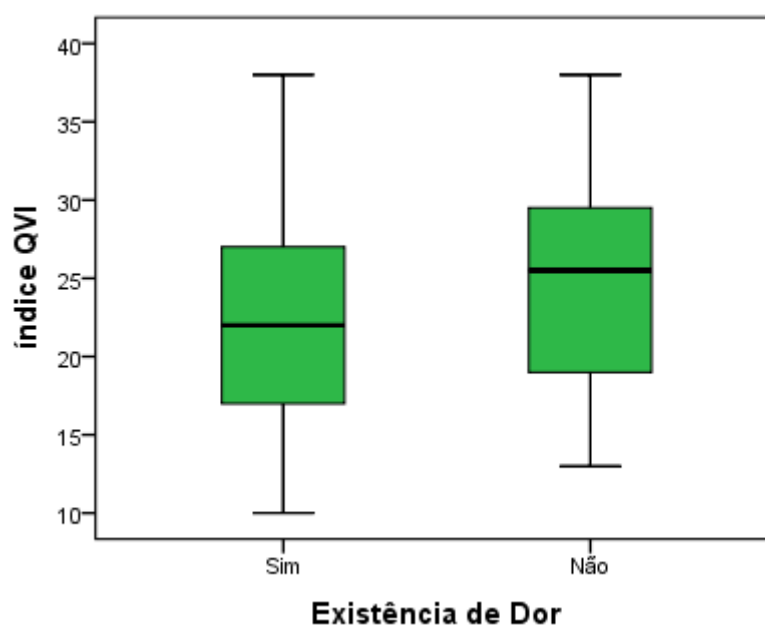
Os idosos que não sentem dor apresentaram valores do índice de QVI superiores aos apresentados pelos idosos que sentem dor e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas ( $Z=-2,455$ ;  $p=0,014$ ) (Quadro 32).

**Quadro 32 – Teste de U Mann-Whitney da escala do índice QVI em função da existência de dor**

| Existência dor | N  | Média | DP    | Média ordens | Z      | P      |
|----------------|----|-------|-------|--------------|--------|--------|
| Sim            | 82 | 22,23 | 6,508 | 59,30        | -2,455 | 0,014* |
| Não            | 48 | 24,90 | 6,113 | 76,08        |        |        |

\*  $0,010 < p \leq 0,050$

A figura 9 ilustra a distribuição da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados nos dois grupos.



**Figura 9 - Diagrama de extremos e quartis da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados pela existência de dor**

Estes resultados levam-nos a aceitar a hipótese formulada.

### Nível de instrução

**H6:** Existe associação significativa entre o índice de Katz e o índice de qualidade de vida do idoso institucionalizado

Recorrendo ao coeficiente de correlação Ró de Spearman, os resultados encontrados traduzem-nos que existem elevadas associações lineares positivas no total da amostra entre o índice QVI e o índice de Katz sendo esta estatisticamente significativa ( $r = 0,465$ ;  $p < 0,001$ ). Este resultado significa que quanto maior a independência do idoso maior é a sua qualidade de vida (Quadro 33).

**Quadro 33 – Tabela de correlações entre o índice QVI e o índice de Katz adaptado**

| Existência dor | Índice QVI | Índice Katz |
|----------------|------------|-------------|
| Índice QVI     | 1          |             |
| Índice Katz    | 0,465***   | 1           |

\*\*\*  $p < 0,001$

Estes resultados levam-nos a aceitar a hipótese formulada.

### Existência de ambientes adaptados

**H7:** Nos lares onde existem ambientes adaptados, o índice de Qualidade de Vida do idoso institucionalizado é maior

A hipótese da existência de diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre os idosos cujas instituições têm os seus ambientes adaptados os idosos que se encontram em instituições que não o têm foi avaliada pelo teste não paramétrico de U Mann-Whitney.

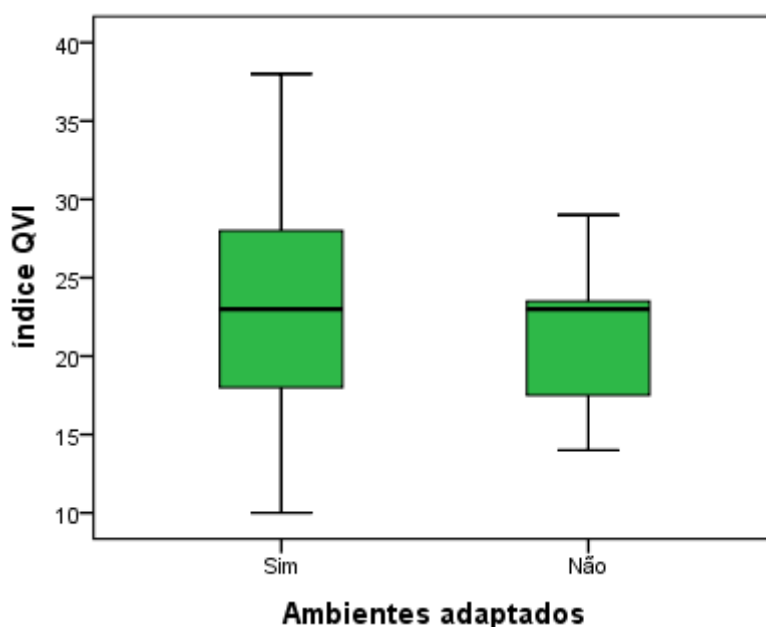
Os idosos cujas instituições têm os seus ambientes adaptados apresentaram valores do índice de QVI ligeiramente superiores aos apresentados pelos restantes idosos mas as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas ( $Z=-1,069$ ;  $p= 0,290$ ) (Quadro 34).

**Quadro 34 – Teste de U Mann-Whitney da escala do índice QVI em função da existência de ambientes adaptados**

| Amb.adapt. | N   | Média | DP    | Média ordens | Z      | P                   |
|------------|-----|-------|-------|--------------|--------|---------------------|
| Sim        | 119 | 23,40 | 6,577 | 66,57        | -1,069 | 0,290 <sup>ns</sup> |
| Não        | 11  | 21,18 | 4,976 | 53,91        |        |                     |

ns –  $p > 0,05$

A figura 10 ilustra a distribuição da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados nos dois grupos.



**Figura 10 - Diagrama de extremos e quartis da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados pela existência de ambientes adaptados**

Estes resultados levam-nos a rejeitar a hipótese formulada.

### **Existência de fiscalização dos serviços por parte dos gestores**

**H8:** Nos lares onde os gestores fiscalizam os serviços prestados, o índice de Qualidade de Vida do idoso institucionalizado é maior

A hipótese da existência de diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre os idosos cujas instituições os gestores fiscalizam os serviços prestados e os

idosos que se encontram em instituições cujos serviços prestados não são fiscalizados pelos respectivos gestores foi avaliada pelo teste não paramétrico de U Mann-Whitney.

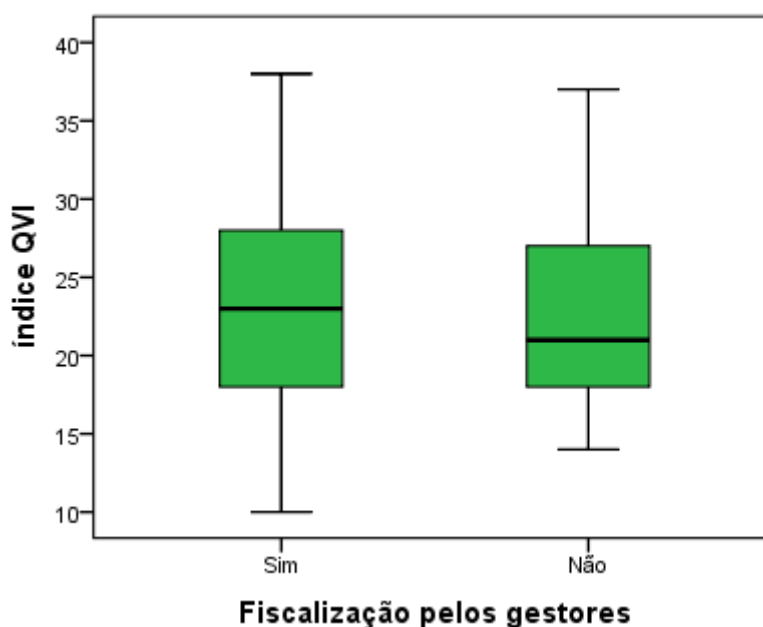
Os idosos nas instituições cujos serviços prestados são fiscalizados pelos gestores apresentaram valores do índice de QVI ligeiramente superiores aos apresentados pelos restantes idosos mas as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas ( $Z=-0,666$ ;  $p=0,509$ ) (Quadro 35).

**Quadro 35 – Teste de U Mann-Whitney da escala do índice QVI em função de fiscalização pelos gestores**

| Fiscalização | N   | Média | DP    | Média ordens | Z      | P                   |
|--------------|-----|-------|-------|--------------|--------|---------------------|
| Sim          | 105 | 23,39 | 6,583 | 66,57        | -0,666 | 0,509 <sup>ns</sup> |
| Não          | 25  | 22,48 | 6,049 | 61,00        |        |                     |

ns –  $p>0,05$

A figura 11 ilustra a distribuição da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados nos dois grupos.



**Figura 11 - Diagrama de extremos e quartis da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados pela existência de fiscalização pelos gestores**

Estes resultados levam-nos a rejeitar a hipótese formulada.

### **Adoção de medidas para prevenção de quedas**

**H9:** Nos lares que adotam medidas para prevenção de quedas, o índice de Qualidade de Vida do idoso institucionalizado é maior

A hipótese da existência de diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre os idosos cujas instituições adotaram medidas para prevenção de quedas e os idosos que se encontram em instituições que não o adotaram foi avaliada pelo teste não paramétrico de U Mann-Whitney.

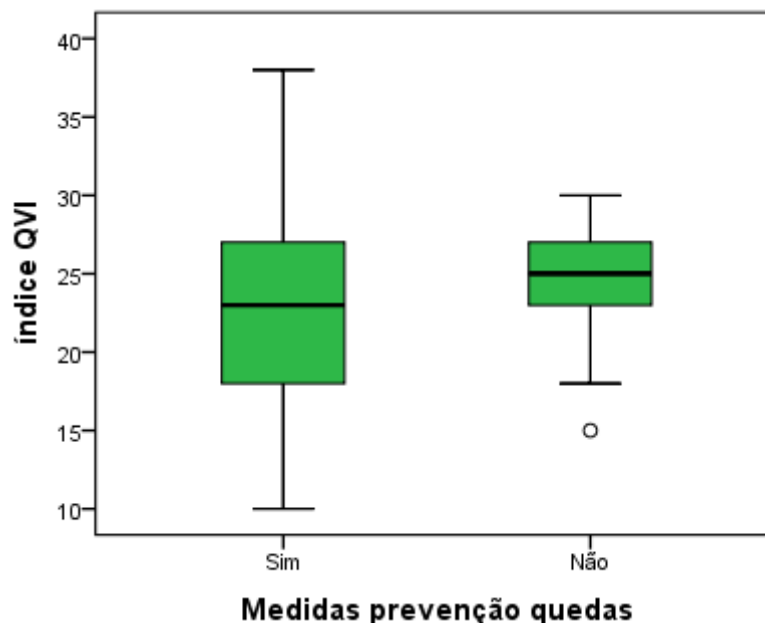
Os idosos cuja instituição não adotou medidas para prevenção de quedas pertencem todos à mesma instituição (Casa Residencial Sênior São Pedro) e apresentaram valores do índice de QVI ligeiramente superiores aos apresentados pelos restantes idosos mas as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas ( $Z=-0,863$ ;  $p= 0,393$ ) (Quadro 36).

**Quadro 36 – Teste de U Mann-Whitney da escala do índice QVI em função da adoção de medidas para prevenção de quedas**

| <b>Prevenção quedas</b> | <b>N</b> | <b>Média</b> | <b>DP</b> | <b>Média ordens</b> | <b>Z</b> | <b>P</b>            |
|-------------------------|----------|--------------|-----------|---------------------|----------|---------------------|
| Sim                     | 117      | 23,10        | 6,656     | 64,55               | -0,863   | 0,393 <sup>ns</sup> |
| Não                     | 13       | 24,23        | 4,549     | 74,04               |          |                     |

ns –  $p>0,05$

A figura 12 ilustra a distribuição da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados nos dois grupos.



**Figura 12 - Diagrama de extremos e quartis da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados pela adoção de medidas para prevenção de quedas**

Estes resultados levam-nos a rejeitar a hipótese formulada.

### **Promoção da autonomia**

**H10:** Nos lares em que é promovida a autonomia do utente, o índice de Qualidade de Vida do idoso institucionalizado é maior

A hipótese da existência de diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre os idosos cujas instituições promovem a autonomia do utente e os idosos que se encontram em instituições que não o promovem foi avaliada pelo teste não paramétrico de U Mann-Whitney.

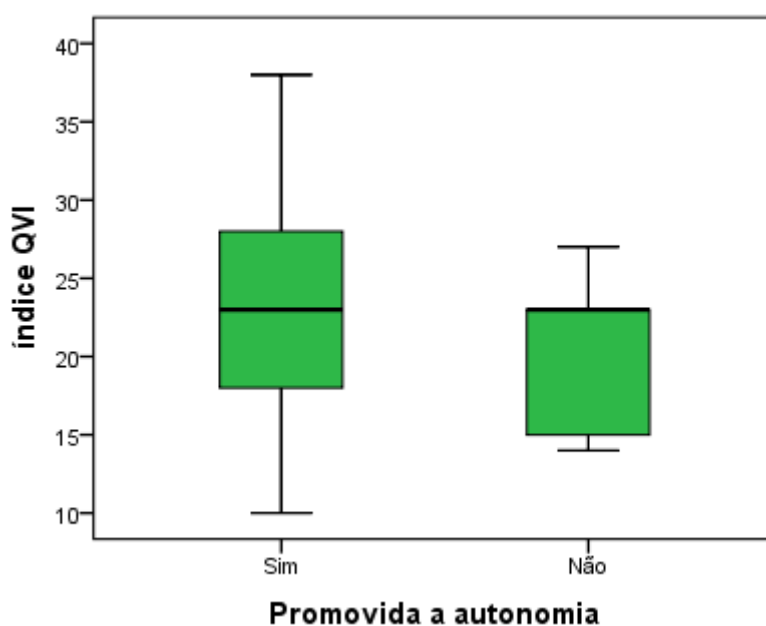
Os idosos cujas instituições promovem a autonomia do utente apresentaram valores do índice de QVI ligeiramente superiores aos apresentados pelos restantes idosos mas as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas ( $Z=-1,416$ ;  $p= 0,161$ ) (Quadro 37).

**Quadro 37 – Teste de U Mann-Whitney da escala do índice QVI em função da promoção da autonomia do utente**

| Prom. Auton. | N   | Média | DP    | Média ordens | Z      | P                   |
|--------------|-----|-------|-------|--------------|--------|---------------------|
| Sim          | 123 | 23,40 | 6,504 | 66,61        | -1,416 | 0,161 <sup>ns</sup> |
| Não          | 7   | 20,00 | 5,228 | 45,93        |        |                     |

ns –  $p > 0,05$

A figura 13 ilustra a distribuição da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados nos dois grupos.



**Figura 13 - Diagrama de extremos e quartis da escala do índice da qualidade de vida dos idosos institucionalizados pela promoção da autonomia do utente**

Estes resultados levam-nos a rejeitar a hipótese formulada.

**Quadro 38 – Resultado das Hipóteses de investigação (suportada/ não suportada)**

| <b>Hipótese</b>                                                                                                                              | <b><i>p-value</i></b> | <b>Resultado</b>     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| <b>H1:</b><br>Existe diferença significativa na Qualidade de Vida do idoso institucionalizado em função do gênero                            | 0,002**               | <b>Suportada</b>     |
| <b>H2:</b><br>Existe diferença significativa na Qualidade de Vida do idoso institucionalizado em função do grupo etário                      | 0,826 <sup>ns</sup>   | <b>Não Suportada</b> |
| <b>H3:</b><br>Existe diferença significativa na Qualidade de Vida do idoso institucionalizado em função do estado civil                      | 0,695 <sup>ns</sup>   | <b>Não Suportada</b> |
| <b>H4:</b><br>Existe diferença significativa na Qualidade de Vida do idoso institucionalizado em função do nível de instrução                | 0,229 <sup>ns</sup>   | <b>Não Suportada</b> |
| <b>H5:</b><br>Existe diferença significativa na Qualidade de Vida do idoso institucionalizado em função da existência de dor                 | 0,014*                | <b>Suportada</b>     |
| <b>H6:</b><br>Existe associação significativa entre o índice de Katz e o índice de qualidade de vida do idoso institucionalizado             | ≤0,001***             | <b>Suportada</b>     |
| <b>H7:</b><br>Nos lares onde existem ambientes adaptados, o índice de Qualidade de Vida do idoso institucionalizado é maior                  | 0,290 <sup>ns</sup>   | <b>Não Suportada</b> |
| <b>H8:</b><br>Nos lares onde os gestores fiscalizam os serviços prestados, o índice de Qualidade de Vida do idoso institucionalizado é maior | 0,509 <sup>ns</sup>   | <b>Não Suportada</b> |
| <b>H9:</b><br>Nos lares que adotam medidas para prevenção de quedas, o índice de Qualidade de Vida do idoso institucionalizado é maior       | 0,393 <sup>ns</sup>   | <b>Não Suportada</b> |
| <b>H10:</b><br>Nos lares em que é promovida a autonomia do utente, o índice de Qualidade de Vida do idoso institucionalizado é maior         | 0,161 <sup>ns</sup>   | <b>Não Suportada</b> |

\*\*\*  $p < 0,001$ ; \*  $0,010 < p \leq 0,050$ ; ns –  $p > 0,05$

## **V- Discussões dos Resultados**

### **Quanto a caracterização das Instituições**

Refira-se que de uma forma geral as instituições têm o mesmo sistema de admissão de idosos, possuindo regulamento interno próprios, com regras de funcionamento do lar. O acesso a admissão na instituição é vedada apenas a idosos com doenças infecto-contagiosas e a comparticipação do utente e/ ou Estado varia dos 696€ a 1200 euros. É ainda de salientar que todas as instituições implementam o sistema de turnos dos seus profissionais.

Podemos observar que a imensa maioria dos lares não tem carro de pronto atendimento para reverter uma parada cardíaca ou o equivalente em equipamentos e medicamentos o que a possibilidade de um mal estar súbito é uma possibilidade real para todos nós, sendo mais provável ainda para utentes em casas de repouso, tendo a idade avançada como um agravante.

O contributo do investigador científico, do ponto de vista de relevância social está em evidenciar e chamar atenção para situações que se apresentam como inaceitáveis e mesmo perigosas para todos que busquem e pagam direta ou indiretamente por serviços que por sua essência e relevância social deveriam ter respeito e atenção à sua clientela.

A satisfação do usuário é – pelo menos deveria ser – uma preocupação constante de toda e qualquer empresa. Sem a satisfação da clientela para a qual se compromete a prestar um serviço é esperado que a empresa feche as portas, posto que ninguém em bom senso pagará por um serviço que só traz aborrecimento ou, pior ainda, danos. Se isso é bem verdade para bens e serviços o que dizer então quando se lida com pessoas idosas que por vezes não respondem por si mesmo. Neste contexto constatamos que apenas uma das instituições possui instrumentos para medir a satisfação dos utentes e funcionários e, mesmo assim, trata-se de um livro denominado “Livro dos Utentes” onde se pode dar opiniões relativos aos serviços prestados. Para completar e apoiar

nossas considerações, basta acrescentar que apenas uma das instituições pesquisadas dava formação continuada aos seus funcionários.

A infecção hospitalar se afigura como um problema de saúde pública mesmo em países e instituições de relevante conceito na área de prestação de serviços de saúde. Para tanto, por lei, em muitos países, deve-se haver uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar constituída por profissionais que são especialmente capacitados e treinados, tendo ainda autonomia para intervir em todo e qualquer processo de trabalho que não estejam em consonância com as normas de controle da infecção hospitalar. Pois bem, detectamos em nossas inquirições que apenas quatro instituições possuem algum mecanismo de controle nessa área. Constatamos uma deficiência muito importante na contratação dos seguintes profissionais: assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas da fala e psicólogos.

### **Existência de ambientes adaptados**

Os idosos cujas instituições têm os seus ambientes adaptados apresentaram valores do índice de QVI ligeiramente superiores aos apresentados pelos restantes idosos mas as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas.

Com exceção dos Lares do Dafundo e do Lar Vila Mendes que quando questionados sobre qual ou quais os aspectos é que não cumprem as normas referiram não possuírem elevadores ou cadeira elevatória de acesso ao piso superior (Quadro 9).

Neste aspecto deve-se salientar que em conformidade com o índice da Katz os idosos com limitações motoras são prejudicados e mesmo não correspondidos no seu direito de locomoção com segurança.

### **Existência de fiscalização dos serviços por parte dos gestores**

Os idosos nas instituições cujos serviços prestados são fiscalizados pelos gestores apresentaram valores do índice de QVI ligeiramente superiores aos apresentados pelos restantes idosos mas as diferenças observadas não foram significativas.

Quando questionados os gestores acerca se estes fiscalizam os serviços de saúde prestados, os cuidados de higiene, administração de medicação, segurança alimentar, remoção correta de resíduos, realização de atividades e segurança. No entanto, o Lar do Dafundo, o Lar Vila Mendes e a Casa de Repouso Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz referiram não o fazer.

Em conformidade com o índice de Katz, os lares acima relacionados não atendem às atividades básicas de vida diária (ABVDs) que incluem as relacionadas ao autocuidado como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se. Este fato constatado e manifestado, do ponto de vista de processos de trabalho e gestão em serviços de saúde afigura-se como muito grave, pois põe em cheque a natureza da própria instituição, ou seja, sua função precípua que é prestar cuidados com qualidades a idosos com limitações físicas e cognitivas. Acresça-se que não cumprem as normas específicas do decreto-lei nº 133/97, art. 46. A continuar a descumprir o referido decreto, implica leniência e complacência do poder público. Em caso de danos e mesmo o falecimento de utentes este poderá ser acionado juridicamente por omissão e descumprimento das leis por ele próprio instituído.

### **Adoção de medidas para prevenção de quedas**

Os idosos cuja instituição não adotou medidas para prevenção de quedas pertencem todos à mesma instituição (Casa Residencial Sénior São Pedro) e apresentaram valores do índice de QVI ligeiramente superiores aos apresentados pelos restantes idosos mas as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas.

Apenas para configurar o quão grave se apresenta esta situação, temos a Casa Residencial Sénior São Pedro que se quer adota medidas básicas para a prevenção de quedas. Na vida diária com idosos fragilizadas as quedas são uma das principais causas de óbitos.

### **Promoção da autonomia do utente**

Os idosos cujas instituições promovem a autonomia do utente apresentaram valores do índice de QVI ligeiramente superiores aos apresentados pelos restantes idosos mas as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas .

Segundo MTSS, (2009) As Atividades da Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) estão relacionadas com a capacidade de autonomia do indivíduo, não só ao nível dos auto-cuidados, como também na participação na sociedade enquanto cidadão de plenos direitos.

Dentre as muitas funções de um lar que se dispõe a abrigar idosos em condições de risco dado à fragilidade inerente à própria idade, está em promover a saúde, prevenir o agravamento de enfermidades pré-existentes e, não menos importante, promover a autonomia do utente através de orientações e adaptações especializadas. Isso se afigura

como básico. No entanto, em nossas investigações-papel precípua do pesquisador imparcial – percebeu-se que há instituições que não o faz.

### **Quanto a caracterização das Pessoas Idosas Institucionalizadas**

As taxas de mortalidade variam no decorrer do tempo influenciado pela estrutura etária da população, dentre outros fatores como surgimento ou desaparecimento de epidemias. Nos países desenvolvidos da Europa e Américas a redução nas taxas de mortalidade em jovens tem sido particularmente dramática. No outro extremo da vida esse fenômeno se apresenta como o aumento espetacular na longevidade, ou seja, nunca se viveu tanto.

Os determinantes sociais em saúde são as condições em que as pessoas vivem e trabalham. Em Portugal, na Europa como um toda as pessoas tem acesso a cuidados médicos adequados. Também tem sido melhorado as condições no nível socioeconômico, condições de moradia e outras condições próprias da vida moderna a fim de que o bem estar seja alcançado. Nesse cenário as mulheres se apresentam mais longevas que os homens.

Vivemos em mundo em rápida mudança onde a velocidade da informação é a regra. As pessoas não tem tempo “a perder”, muitos trabalham mais de dois expedientes. As ocupações do profissionais e do lar tomam quase todo o período da manhã e da tarde, restando a noite para o descanso, o contato com a família. Nesse ambiente de “velocidade”, ocupações e preocupações constantes os idosos comumente reclamam da falta de atenção dos parentes. Mesmo em casa não tem tempo ou mesmo paciência para escutar o idoso. Esse padrão se repete no comportamento dos netos. Está configurada nesse cenário a solidão, a desatenção e por vezes o descuido para com os avôs, pais, mães que chegaram ao limiar da idade.

Analisando a população em estudo, verificou-se na hipótese (H1) uma evidência do número de elementos do gênero feminino com 81,5%, e do gênero masculino 18,5% do total da amostra, este fato decorre de uma maior longevidade do sexo feminino e, segundo estimativas referentes a INE (2005), a esperança de vida à nascença das mulheres era de 81,40 anos enquanto que nos homens era de 74,90 anos, sendo a esperança de vida aos 65 anos de mais 19,50 e 16,20 anos, respectivamente. Segundo a Direção Geral de Saúde (2008) estima-se que em Portugal de 2010 a 2050, haverá um

aumento progressivo nos índices de envelhecimento e dependência em ambos os sexos e faixas etárias, com índices de envelhecimento nas mulheres, chegando em 2050 a 276,4% enquanto nos homens 211,1% e de dependência 64,4 % e 51,2%. Neste estudo pode-se observar que os idosos do gênero masculino apresentaram valores do índice de QVI superiores aos apresentados do gênero feminino e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas ( $p=0,012$ ).

Quanto ao Grupo etário (H2), no total da amostra investigado foi representativo, a faixa etária entre 86 aos 90 anos com 32,3%.Tendo em conta que os idosos podem ser subdivididos, segundo INE (2008) considerado o fator idade, Idoso Jovem- 65 a 74 anos de idade; Idoso- 75 a 84 anos; Idoso-Idoso- 85 a 99 anos; Idoso velho- acima dos 100 anos em mais. Outros estudos de Martins (2006); Born e Boechat (2006) apresentam resultados semelhantes; no primeiro as pessoas idosas institucionalizadas com idade superior a 75 anos representam 65,9%; no segundo esta faixa etária atinge os quatro quintos da população idosa. Entendendo a idade como o processo evolutivo da existência dos seres vivos, seria de se esperar a medida que a idade aumente, as complicações crônicas tenderiam a ser mais graves e influencia negativamente na qualidade de vida.

Quanto ao estado civil (H3), as pessoas idosas com o estado civil viúvo são claramente as mais representadas, atingindo os 73,8% do total da amostra. Este estudo está em consonância com pereira (2006), quando refere que o estado civil não influencia na qualidade de vida dos idosos. Ao contrário do estudo de Martins (2004) cit. por Almeida (2008) que corroboram a ideia de que a morte do conjugue ou do parceiro pode alterar significativamente a vida do idoso (Mazo, Lopes & Benedetti, 2001). A viuvez e a solidão a ela associada, constitui para alguns autores como uma das causas prováveis para a institucionalização (Paúl, 2005). Apesar dos resultados não houve diferenças significativas na QVI.

Na Formação (H4) o nível máximo de escolaridade, observa-se que a maioria possui baixo nível de escolaridade (62,3%) da amostra possuem habilitações literárias do primeiro ciclo. Davim; Torres; Dantas e Lima (2004) igualmente encontraram, em seu estudo realizado em três instituições asilares na cidade de Natal (RN), baixo nível de

escolaridade, visto que 46% dos idosos pesquisados não eram alfabetizados, e o restante tinha apenas o primeiro grau completo. Além disso, o nível de instrução dos participantes mostra que, no passado, estudar era privilégio para poucos. As exigências das tarefas de casa e da roça exigiam também a presença da mão-de-obra dos filhos de qualquer idade, principalmente das mulheres, o que também contribuía para que elas não estudassem. Não houve diferenças significativas encontradas na QVI.

### **Ideia e Motivo para a institucionalização**

A internação do idoso em uma instituição de longa permanência pode se apresentar como única saída para a família, frente à não disponibilidade do suporte familiar, financeiro e psicológico que o mesmo necessita. (Davim, et.al, 2004).

Ao aferir de quem partiu a ideia da institucionalização do idoso concluiu-se ter, na maior parte, a ideia ter partido dos filhos (43,8%) apesar de 22,3% dos idosos terem indicado terem sido eles próprios a ter a iniciativa. Ao contrário dos resultados encontrados em um estudo de Almeida (2008) revelam que a iniciativa para a institucionalização partiu das pessoas idosas (46,2%) seguindo-se a iniciativa por parte dos filhos, com 30,1. Fernandes (2000), refere ainda que a maior percentagem dos idosos alega ter sido por sua própria vontade que recorreu à institucionalização (29,49% e 38,49% respectivamente, para o sexo masculino e feminino).

Quanto ao motivo a saúde foi o mais referido para a institucionalização do idoso atingindo os 53,1% da distribuição com o isolamento/ solidão a ser também bastante referido com 46,9%. Estes resultados não foram os mesmos ao longo das várias instituições.

### **Visitas familiares e amigos**

Verificou-se que 93,8% dos idosos destes lares recebem visitas, correspondendo 77,0% destas visitas apenas de familiares e 18% de amigos. Com a institucionalização existirá sempre um afastamento, entre a pessoa idosa, a sua família e amigos, porém deseja-se que o ambiente institucional seja o mais adequado possível, para favorecer o bem estar e a privacidade ao idoso residente na instituição.

### **Relacionamento Interpessoal na Instituição**

Consiste em tentar perceber de que forma os idosos do nosso estudo se relacionam com a família, com os seus pares e com os funcionários das instituições. Pela análise constata-se que a maior parte dos idosos tem uma relação muito satisfatória (55,4%) ou satisfatória (29,2%) com os seus familiares. Relatam manter uma relação satisfatória (50,8%) e mesmo muito satisfatória (20,0%) com os restantes idosos, e a maior parte indicou ter uma relação satisfatória (48,5%), muito satisfatória (35,4%) ou razoável (16,2%) com os funcionários das instituições pesquisadas. Preponderantemente, as relações sociais e o ambiente da instituição são percebidos mais positivamente pelos participantes da pesquisa. Conforme Davim et.al (2004), o cotidiano com os semelhantes que possuem experiências da mesma época, de partilhar essas experiências e os vínculos afetivos, mescla-os com os novos amigos, tornando-se a imagem tão forte que os idosos verbalizam a expressão “pegar amizade”. O amigo institucionalizado torna o dia-a-dia do idoso mais interessante, preenchendo sua vida cotidiana e conferindo ao ambiente institucional uma conotação mais próxima do ambiente familiar.

O comportamento de isolamento social acarreta uma série de repercussões na saúde do idoso. Incentivar o fortalecimento das relações de amizade surge como uma grande estratégia dos profissionais de saúde para incrementar o local no qual o idoso vive, promovendo saúde e lhe fazendo experimentar o prazer dos vínculos no seu viver. Nesse sentido, é necessário criar contextos sociais para aumentar a qualidade de vida do idoso através do fortalecimento das redes sociais significativas, buscando, dessa forma, gerar condições para que o idoso possa se ver como co-construtor das mudanças em sua vida (Tavares, 2009).

### **Problemas de saúde e Existência de dor**

Os idosos pesquisados que referem ter problema de saúde 91,5% respondem afirmativamente, tendo apenas 8,5% indicado não terem qualquer problema. Dentre os problemas de saúde referidos salienta-se as doenças e perturbações do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo, doenças cardiovasculares, doenças e perturbações do sistema hepatobiliar e pâncreas e doenças neurológicas. Já os idosos que sentem ou não algum tipo de dor, Constatou-se que 63,1% dos idosos responderam afirmativamente. Podemos constatar que estas patologias são apontadas por vários autores como sendo as

mais frequentes nesta faixa etária (Born & Boechat, 2006). Acrescente-se ainda que, estas patologias crônicas, habitualmente, cursam com a presença de dor.

A grande maioria dos idosos institucionalizados são portadores de doenças crônicas ou deficiências, sendo estes fortemente associados com a perda da capacidade funcional, fator de limitação para o desempenho nas suas atividades diárias (Rosa, 2003). Comprometendo significativamente a qualidade de vida do idoso institucionalizado.

### **Atividades diárias ao longo do dia**

A atividade mais referida é a fisioterapia (72,7%), no entanto existem outras atividades referidas pelos idosos como é o caso de visualização de televisão, ler, frequentarem o coro e jogar dominó. A atividade física e lúdica é fundamental nesta etapa de vida dos idosos, pois a preservação da capacidade para desempenhar as atividades básicas de vida diária são pontos básicos para prolongar o maior tempo possível a independência destes idosos institucionalizados.

### **Quanto ao Índice de Qualidade de Vida do Idoso (IQVI)**

O índice de qualidade de vida (QVI) avalia sete componentes (Isolamento/Comunicação; Mobilidade; Atividades da vida diária; Atividade ocupacional; Atividade lúdica; Relação familiar e Recursos econômicos).

A distribuição das pessoas idosas institucionalizadas pelas dimensões da escala da QVI, revela-nos que diz respeito à componente Isolamento/Comunicação, e tendo em conta a totalidade da amostra, todos os idosos revelaram efetuar algum tipo de comunicação. O grupo mais alargado foi o dos idosos que apresentam comunicação centrada na envolvente habitacional (instituição) com 61,5%.

Quanto a mobilidade- Os idosos da totalidade da amostra necessitam, na sua maior parte (54,6%), de recorrer a ajudas técnicas para se deslocarem. Quando inquiridos acerca das atividades da vida diária, 40,8% dos idosos referiram realizar atividades mas com ajuda de outros, 38,5%. Relativamente à atividade ocupacional os grupos predominantes tendo em conta a totalidade da amostra são os grupos dos idosos que dizem manter uma atividade ocupacional remunerada (43,8%) e os que dizem não ter qualquer atividade desta índole (30,0%). Ao tentar aferir se os idosos da amostra desenvolvem ou não algum tipo de atividade lúdica constata-se que a grande maioria refere fazê-lo (80,8%). No que diz respeito à relação familiar que os idosos mantêm com as suas famílias e à

participação destes constata-se que existe participação e predomina para os idosos da totalidade da amostra com 87,7%. Os recursos econômicos são apontados como suficientes para as necessidades básicas para a maioria dos idosos (51,5%), tendo 43,8% referido serem estes recursos insuficientes.

Verifica-se neste estudo que 56,2% dos idosos do total da amostra se encontram integrados no grupo sem qualidade de vida, apenas 43,8% se situam no grupo com qualidade de vida. Quando comparado o índice de qualidade de vida em função do sexo, verificamos que as pessoas idosas do sexo masculino são as que referem, incluir-se no grupo com qualidade de vida ( $p=0,012$ ), o que está em desacordo com Martins (2004) citado por Almeida, (2008), que encontrou (65,2% vs 47,1%) onde conclui que foram as pessoas idosas do sexo feminino que maioritariamente apresentaram uma vida com melhor qualidade. Portanto o IQVI varia em função do sexo.

### **Quanto a Avaliação das atividades de vida diárias – Índice de Katz**

O índice das atividades de vida diárias (AVDs) foi avaliado por uma adaptação do índice de Katz modificado, com quatro componentes (banho; vestir-se; utilização do WC; mobilidade). Ao avaliarmos o grau de dependência/independência dos idosos através do

índice de Katz, constatamos que a maioria da nossa amostra no que diz respeito a tomar banho (com esponja em duche ou banheira) 67,7% dos idosos necessita de ajuda para lavar-se em mais de uma parte do corpo, necessita de ajuda para sair ou entrar na banheira ou não se lava sozinho pelo que é considerado dependente nesta atividade. Existe uma menor percentagem de idosos (40,8%) que é independente a vestir-se (vai buscar a roupa de armários e gavetas, veste a roupa, coloca adornos e abrigos; utiliza auxiliares mecânicos). A maior parte dos idosos (59,2%) não se veste só ou veste-se parcialmente. Relativamente à utilização do W.C., 53,8% vai ao W.C., entrando e saindo sozinho do mesmo, consegue limpar os órgãos excretadores e compõe a sua roupa (independente). Já 46,2% usa bacio ou urinol ou precisa de ajuda para utilizar o W.C.

A mobilidade, capacidade de deslocamento do indivíduo pelo ambiente, é um componente da função física extremamente importante; constituindo um pré-requisito para a execução das atividades de vida diária (AVDs) e a manutenção da independência (Pereira, 2006). A maior parte dos idosos (53,1%) precisa de ajuda para utilizar a cama e/ou a cadeira (dependente) e apenas 46,9% entra e sai da cama, senta-se ou levanta-se

da cadeira, de forma independente. Depreende-se que 48,4% dos idosos integram o grupo dos que têm uma dependência importante, seguindo-se o grupo dos independentes com 31,5%, sendo o grupo dos que têm uma dependência parcial de 20,0%. Diferente dos resultados por nós encontrados, Martins (2004) cit. por Almeida (2008), verificou em seu estudo que 66,8% das pessoas idosas são independentes, 24,9% apresentam dependência parcial e 8,3% dependência importante.

Ao correlacionarmos o índice de Katz com a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, obtivemos, neste estudo uma correlação positiva, onde a autonomia/dependência é significativa na amostra estudada.

## **VI. CONCLUSÕES/SUGESTÕES**

Mediante os resultados obtidos na caracterização geral do nosso estudo, conclui-se que dos 130 idosos institucionalizados residentes, avaliados no concelho de Oeiras, a qualidade de vida obteve diferenças significativas, variando em relação ao gênero, onde as pessoas do gênero feminino prevaleceram sobre o gênero masculino, a existência de dor e houve uma correlação positiva entre o índice de Katz e a QVI.

Em relação aos requisitos abordados no questionário de investigação não foram encontrados diferenças significativas no estado civil, grau de instrução, grupo etário, ambientes adaptados, fiscalização dos serviços prestados, promoção de autonomia e prevenção de quedas.

Os resultados encontrados neste estudo apontam para a necessidade da melhoria no contexto institucional, já que o resultado da QVI do total da amostra foi de 56,2 % não apresentam uma qualidade de vida considerada satisfatória.

A investigação feita evidencia de modo indubitável a pouca efetividade da prestação de serviços por parte dos lares para idosos, sendo que cabe ao poder público além de fiscalizar estas instituições, desenvolver políticas públicas com foco na melhoria da qualidade de vida dos seus cidadãos, sobretudo aqueles que prestaram uma vida de serviço laboriosa à sociedade e ao país.

### **Limitações ao estudo**

O estudo apresentou diversas limitações que necessitam ser expostas: em relação ao tamanho da amostra, deve-se salientar que dos 42 lares existentes no Concelho de Oeiras apenas sete (07) instituições responderam favoravelmente às nossas insistentes solicitações para que abrissem seu espaço para a pesquisa.

A dificuldade de realizar estudos científicos em Instituição de longa permanência para idosos (ILPIs) já foi referenciado por outros investigadores, levando a crer que o excesso de burocracia existente pode ser devido a tentativa de evitar exposição do utente, falta de disponibilidade por parte dos gestores ou evitar tornar-se público situações internas.

Outra dificuldade encontrada a destacar aos critérios de exclusão da amostra, deve-se ao fato particular às características da população institucionalizada ter diagnóstico de doenças psiquiátricas e neurológicas crônicas, com perda da capacidade cognitiva, impedindo-os em dar respostas aos inquéritos.

De acordo com as conclusões obtidas, as dificuldades encontradas ao longo da realização deste trabalho e tendo como base os resultados encontrados, sugere-se pontos para futura investigação, as quais não puderam ser aprofundados, tais como: ampliar a amostra, realização do estudo a partir da entrada na instituição, fazer um estudo comparativo com grupos de idosos institucionalizados de outro país, para conhecer o âmbito institucional e a qualidade de vida destes utentes.

Uma melhor gestão de cuidados, com medidas preventivas e educativas, estimulando a cognição, através de palestras, cuidados e incentivo à prática de atividades físicas, com animadores sociais para que os utentes fiquem o quanto possível ativos.

Do ponto de vista da gestão em serviços públicos, em específico a prestação de serviços a idosos institucionalizados, fica evidente que os gestores precisam ser alertados para a realidade geriátrica no país, posto que o desconhecimento desta realidade leva à omissão ou à falta de políticas públicas para esta população específica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. J. S. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares: Aspectos e contexto da qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Barañano, A. M. (2004). *Métodos e técnicas de investigação em gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Berger, L. (1995). Aspectos biológicos do envelhecimento. In L. Berger, & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas Idosas: Uma abordagem global. Processo de enfermagem por necessidades* (Cap. 9, pp. 123-155). Lisboa: Lusodidacta.
- Born, T., & Boechat, N. S. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp. 1131-1141). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cabrita, M. J. S. N. (2003). *O envelhecimento e os cuidados continuados*, Servir-vol.52, N.1.
- Câmara Municipal de Oeiras, (2009). Carta Social do concelho de Oeiras. Oeiras: Autor.
- Carrilho, M. J., & Gonçalves, C. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Revista de estudos demográficos.
- Carrilho, M. J., & Gonçalves, C. (2009). *A situação demográfica recente em Portugal*. Revista de estudos demográficos.
- Carvalho Filho, Eurico T. (2000). "Fisiologia do Envelhecimento", in Netto, Matheus Papaléo, *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*, São Paulo, Atheneu, p.40-60.
- Carvalho Filho, E. T. ; Papaléo Netto, M. (2006). *Teoria do envelhecimento: Geriatria fundamentos clínica e terapêutica*, (2ª ed). São Paulo, Atheneu.

Centro de Formação Profissional para a Qualidade. (2005). *Manual de gestão da qualidade para lares de idosos*. Lisboa, CEQUAL.

Chiavenato, I. (2001). *Teoria geral da administração*. vol.1 6ª ed. Elsevier.

Comissão das Comunidades Europeias. (2005). Livro verde “*Uma nova solidariedade entre as gerações face às mutações demográficas*”. comunicação da comissão. Bruxelas, CCE.

*Constituição da República Portuguesa*. (1998). Coimbra: Livraria Almedina.

Coelho, S. C. T. (2000). *Terceiro setor: um estudo comparativo entre Brasil e Estados Unidos*. São Paulo: SENAC.

Correia, J. M. (2003). *Introdução à gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.

Costa, S. F. (2002). *Gestão de pessoas em instituições do terceiro setor: Uma reflexão necessária*. Revista Terra e Cultura: Ano XVIII – nº 35 – julho a dezembro de 2002. pp 40-58.

Davim, R. M. B., Torres, G. V., Dantas, S. M. M. & Lima, V. M. (2004). *Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: Características Socioeconômicas e de Saúde*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12 (3): 518-24.

Direcção Geral da Saúde. (1995). Estudo da qualidade de vida do idoso: aplicação de um instrumento de avaliação: Relatório. Lisboa: Autor.

Direcção Geral da saúde. (2004). Programa Nacional contra as doenças reumáticas: Saúde 2004. Lisboa: Autor.

Direcção-Geral da Saúde. (2005). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: DGS.

Direcção Geral da Saúde. (2008). *Elementos estatísticos: Informação geral: Saúde 2008*. Lisboa: Autor.

Drucker, P. A. (1997). *a administração na próxima sociedade*. 1ªed. São Paulo: Nobel, 2003.

- Eurico T.; Filho, C. (2000). "Fisiologia do Envelhecimento", in Netto, Matheus Papaléo, *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*, São Paulo, Atheneu, pp. 40-60.
- Fernandes, A. A. (2002). "Investigação, Formação e Intervenção - Reflexão em Torno dos Condicionantes à Intervenção no Campo da Gerontologia Social", in *Futurando* nº5/6/7, p. 25.
- Filho, E. T. C., Netto, M. P., & Garcia, Y. M. (2006). Biologia e teorias do envelhecimento. In E. T. C. Filho, & M. P. Netto, *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica* (2ª ed., pp. 3-18). São Paulo: Atheneu.
- Fortin, M. F. (1999). Apresentação e interpretação dos resultados. In. M. F. Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realização* (pp. 329-338). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F., Vissandjée, B., & Coté, J. (2003). A investigação científica. In. M. F. Fortin, *O processo de investigação da concepção a realização* (cap.1, pp.15-24). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. & Coté, J. Filion, F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (cap.2, pp.29-34). Lusodidacta.
- Freitas, E. V., & Miranda, R. D. (2006). Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp. 900-909). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gil, A.C. (1999). *Como elaborar projectos de pesquisa* (3ª ed). São Paulo: Atlas.
- Guccione, A. A. (2002). *Fisioterapia Geriátrica*. 2ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- Heckert, C. R; Silva, M.T (2008). *Qualidade de serviços nas organizações do terceiro setor*, 18 (2). São Paulo. 2008. Schielo, Brasil.
- Henriques, M. A. P. (2006). *Adesão ao regime terapêutico em idosos*. Revisão Sistemática. Lisboa.Tese de doutoramento.
- IIDA, E. (2001). *Ergonomia: projeto e produção*. (2ed). São Paulo: Edgard Blücher.

- Instituto Nacional de Estatística. (2002). Censos 2001: Resultados definitivos. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2005). Saúde na Região Norte. Centro Regional de Saúde do Norte. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2007). *Estimativas provisórias da população residente, 2006, Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2008). Estatísticas demográficas 2007. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). A Situação Demográfica Recente em Portugal. Lisboa: Autor.
- Jacob, L. (2002). Origem e desenvolvimento das IPSS [On-line]. Disponível: <http://www.socialgest.pt>. (acesso 24.8.2011).
- Kalache, A. & Kickbusch, I. (1997). A global strategy for healthy ageing. *world healthy* (4),4-5.
- Lawton, M. P. (1983). Environmemt and other determinants of well-bein in people. *Gerontologist.*, 23 (4), 349-357.
- Lawton, M. P., Rajagopal, D., Brody, E., & Kleban, M. (1991).The dynamics of caregiving for a demented elder among black and white families. *Journal of gerontology: Social Sciences*,47, pp 156-164.
- Lucena, N. M. G. (2002). Análise da capacidade funcional em uma população geriátrica institucionalizada em João Pessoa, *Fisioterapia Brasil*, Rio de Janeiro, 3 (3), pp-164-69.
- Mailloux-Poirier, L. (1995). As teorias do envelhecimento. In L. Berger, & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas: uma abordagem global*. (pp. 99-105). Lisboa: Lusodidacta.
- Marconi, M. A.,& Lakatos, E. M. (2001). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2004). *Metodologia científica* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística, com utilização do SPSS*. Lisboa: 3º Edições Sílabo.

Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.

Ministério da Segurança Social e do Trabalho (2002), *Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos, Relatório 2001*, Lisboa, MSST - Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento.

Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. (2006). *Carta social: rede de serviços e equipamentos 2004*. Lisboa: DGEEP.

Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. (2007). *Carta social: rede de serviços e equipamento 2005*. Lisboa: DGEEP.

Ministério do trabalho e solidariedade Social. (2009). A dependência: O apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. Lisboa: DGEEP.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Decreto- Lei 133/97 art.46 de 30 de maio. Estabelece o regime de licenciamento e fiscalização dos estabelecimentos e serviços de apoio social do âmbito da segurança social. Diário da República, 1ª Série B, (47), 25 de Fevereiro de 1998, pp.766-775.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade. *Despacho Normativo nº 12/98*. – Estabelece normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos.

Diário da República, 1ª Série B, (47), 25 de Fevereiro de 1998, pp.766-775.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade. *Despacho Normativo nº 62/99*. – Aprova as normas que regulam as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento dos serviços de apoio domiciliário. Diário da República, 1ª Série B, (264), 12 de Novembro de 1999, pp.7960-7965.

Monteiro, S. M. B. A. (2009). *Gestão da qualidade de vida da pessoa com tuberculose pulmonar*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real.

Muraro, P., Lima, J. E. S. (2003). *Terceiro sector, qualidade ética e riqueza das organizações*. Rev. FAE, 6(1), pp.79-88. Curitiba.

- Neri, A. L. (2004). Qualidade de vida na velhice: In J. R. Rebellato & J. G. S. Morelli, *Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso* (pp. 1-36). São Paulo: Manole.
- OCDE (2011). *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. Paris: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico.
- Oliveira, L. (2003). *A gestão nas organizações do 3º setor: Que formas de gestão?* São Paulo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Relatório de iniciação científica.
- OMS (2002). *Global Forum for Health Research: The 0/90 Report on Health Research*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Padilha, N. M. A. G. M. (2007). *Actividades físicas e saúde na terceira idade, Estudo da influência da prática de hidroginástica na aptidão física funcional de idosos autónomos e independentes*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real.
- Papaléo Netto, M. (2005). O estudo da velhice: Histórico, definição do campo e termos básicos. In E.V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & L. M. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (cap.1, pp. 2-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paschoal, S. M. P. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina de S. Paulo.
- Paschoal, S. M. P. (2005). *Geriatria, fundamentos clínicos e terapêuticas*. São Paulo, 2ed. Atheneu.
- Paúl, C. (2005). *A construção de um modelo de envelhecimento humano*. In c. Paul, & A. M. Fonseca (coord), *Envelhecer em Portugal* (pp.21-39). Lisboa: Climepsi.
- Pereira, R. J. (2006). *Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida de idosos*. Revista Psiquiatria, 28 (1), pp.27-38. Porto Alegre.
- Perracini, M. R. (2006). Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp. 142-1151). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Investigacion cientifica en ciencias de la salud* (5ªed.). México: McGraw-Hill.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Quaresma, M. L. (2004). "Interrogar a Dependência", in Quaresma, Maria de Lourdes *et al*, *O Sentido das Idades da Vida - Interrogar a Solidão e a Dependência*, Lisboa, ISSS-CESDET, pp. 37-50.
- Quintão, C. (2004). Congresso português de sociologia, Universidade do Minho. Sociedades contemporâneas: Reflexividade e acção; Atelier: Mercados, emprego e trabalho.
- Ramos, M. A. M. B. (2009). *Percepção da qualidade de vida da pessoa idosa, Instrumento para a gestão dos cuidados de saúde*. Dissertação de mestrado, UTAD-Vila Real.
- Ramos, L. V. (2009). Características físico-funcional de idosos institucionalizados no concelho de Vila Nova de Gaia (PT): Actividades física, força muscular e Timed up and go test, Dissertação de mestrado, Universidade do Porto.
- Reichel, W. (2001). *Assistência ao idoso, Aspectos clínicos do envelhecimento*, 5ed, 2.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ribeirinho, C. M. C. (2005). *Concepções e práticas de intervenção social em cuidados sociais no domicílio*. Lisboa.
- Rosa, T. E. C. (2003). *Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos*. Rev. Saúde Pública. São Paulo. 37 (1).
- Santos, F. e Encarnação, F. (1998). *Modernidade e Gestão da Velhice*, Faro, Centro Regional de Segurança Social do Algarve.
- Silva, S. (2005). Gestão de IPSS. Disponível: <http://www.formate.com/mediateca/download/1169-gestao-de-ipss.htm>. (21. 03. 2011).
- Srour, R. H. (1998). *Poder, cultura e ética nas organizações*. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus.
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª ed. Loures: Lusociência.

- Tavares, L. (2007). Estimulação em idosos institucionalizados: Efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas. Dissertação de mestrado. Florianópolis.
- Tenório, F. G. (1999). *Um espectro ronda o Terceiro Setor: o espectro do mercado*. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 33(5), p.85-102.
- WHOQOL Group. (2005). *The world health organization quality of life assessment* (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Soc. Sci. Med.*, 41 (10), 1403-1409.
- World Health Organization. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: WHO, Organização Pan-Americana da Saúde.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1. FORMULÁRIO BIO-RELACIONAL DO IDOSO

### 1-Sexo

(M)

(F)

### 2-Idade \_\_\_\_\_

### 3- Estado civil

Solteiro(a) (1)

Viúvo(a) (4)

Casado(a) (2)

Outro (5) Qual ? \_\_\_\_\_

Divorciado(a) (3)

### 4 - Nível de instrução

1º ciclo(1)

2ºciclo(2)

3ºciclo(3)

Ensino secundário(4)

Licenciatura(5)

Mestrado(6)

Doutoramento(7)

### 5 - De quem partiu a ideia para a institucionalização no lar ?

Filhos (1)

Própria pessoa (2)

Assistente Social (3)

Familiares (4)

Cônjuge (5)

**5.1 Qual foi o motivo para a institucionalização ?** \_\_\_\_\_

### 6 - Costuma receber visitas ?

Sim (1)

Não (2)

### 6.1 - Se sim, de quem?

Familiares (1)

Familiares e amigos (2)

Amigos (3)

**6.2 - Com que frequência ?**

- Ocasionalmente (1)
- Mensalmente (2)
- Semanalmente (3)
- Diariamente (4)

**7 - Como classificaria a relação com a sua família ?**

- Muito satisfatória (1)
- Satisfatória (2)
- Razoável (3)
- Não satisfatória (4)

**7.1 - Como classificaria a sua relação com os restantes idosos do lar ?**

- Muito satisfatória (1)
- Satisfatória (2)
- Razoável (3)
- Não satisfatória (4)

**7.2 - Como classificaria a sua relação com os funcionários do lar ?**

- Muito satisfatória (1)
- Satisfatória (2)
- Razoável (3)
- Não satisfatória (4)

**8 - Sofre de algum problema de saúde ?**

- Sim (1)
- Não (2)

**8.1-Se respondeu afirmativamente, qual ou quais?** \_\_\_\_\_

**8.2 - Tem alguma dor?**

- Sim (1)
- Não (2)

**9 - Que atividades faz habitualmente ao longo do dia?**

## ANEXO 2. GRELHA DE AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO (PARA CÁLCULO DO ÍNDICE QVI)

### 1. ISOLAMENTO/COMUNICAÇÃO AFECTIVA E SOCIAL

- Sem comunicação
- Comunicação centrada no domicílio
- Comunicação centrada na envolvente habitacional
- Comunicação alargada ao mundo exterior

|   |
|---|
| 0 |
| 2 |
| 5 |
| 7 |

### 2. MOBILIDADE

- Sem mobilidade
- Mobilidade com ajuda de outros
- Mobilidade através de ajudas técnicas
- Mobilidade sem ajuda

|   |
|---|
| 0 |
| 2 |
| 4 |
| 7 |

### 3. ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

- Sem actividades
- Actividades com ajuda de outros
- Actividades através de ajudas técnicas
- Actividades sem ajuda

|   |
|---|
| 0 |
| 2 |
| 5 |
| 7 |

### 4. ACTIVIDADE OCUPACIONAL

- Sem actividade
- Com actividade esporádica
- Com actividade regular
- Actividade ocupacional remunerada

|   |
|---|
| 1 |
| 4 |
| 6 |
| 1 |

### 5. ACTIVIDADE LÚDICA

- Sem actividade
- Com actividade regular
- Com actividade que dê resposta aos seus anseios

|   |
|---|
| 0 |
| 5 |
| 7 |

### 6. RELAÇÃO FAMILIAR

- Sem relação familiar
- Com participação familiar
- Com integração familiar funcional

|   |
|---|
| 1 |
| 4 |
| 8 |

### 7. RECURSOS ECONÓMICOS

- Insuficientes
- Suficientes para as necessidades básicas
- Para além das necessidades básicas

|   |
|---|
| 1 |
| 4 |
| 7 |

### **ANEXO 3. ÍNDICE MODIFICADO DE KATZ**

#### **Avaliação da Atividade de Vida Diária**

##### **1 – Banho (com esponja em duche ou banheira)**

- Independente: necessita de ajuda para lavar-se em uma só parte do corpo (como as costas ou uma extremidade incapacitada) ou toma banho completamente sem ajuda.....(1)
- Dependente: necessita de ajuda para lavar-se em mais de uma parte do corpo; necessita de ajuda para sair ou entrar na banheira ou não se lava sozinho.....(0)

##### **2 – Vestir-se**

- Independente: vai buscar a roupa de armários e gavetas, veste a roupa, coloca adornos e abrigos; utiliza auxiliares mecânicos; exclui-se o apertar dos sapatos.....(1)
- Dependente: não se veste só ou veste-se parcialmente.....(0)

##### **3 – Utilização do W.C.**

- Independente: vai ao W.C., entrando e saindo sozinho do mesmo; Limpa os órgãos excretórios (pode usar ou não suportes mecânicos); compõem a sua roupa.....(1)
- Dependente: usa bacio ou urinol ou precisa de ajuda para utilizar o W.C.....(0)

##### **4 – Mobilidade**

- Independente: entra e sai da cama, senta-se ou levanta-se da cadeira, de forma independente (pode usar ou não suportes mecânicos).....(1)
- Dependente: precisa de ajuda para utilizar a cama e/ou a cadeira; não utiliza uma ou mais destas deslocações..... (0)

## ANEXO 4. QUESTIONÁRIO SOBRE A GESTÃO DO LAR

1- O Lar possui todos os ambientes adaptados conforme normas do decreto- Lei 133/97 art.46 ?

1- ( ) Sim 2- ( ) não

Se não, em qual ou quais aspectos é que não cumpre as normas

2- Os serviços de saúde prestados, os cuidados de higiene, administração de medicação, segurança alimentar, remoção correta de resíduos, realização de atividades e segurança são fiscalizados pelos gestores?

1- ( ) Sim 2- ( ) não

Se não, qual ou quais actividades é que não são fiscalizadas

3- Há medidas adotadas para prevenção de quedas?

1- ( ) Sim 2- ( ) não

Se sim, que medidas é que são adotadas

4- O lar promove a autonomia do indivíduo, através de orientações e adaptações especializadas?

1- ( ) Sim 2- ( ) não

Se sim, que orientações e adaptações são/foram introduzidas

5- Como se dá o atendimento dos utentes, em caso de emergência, Há carro de parada cardíaca ou o equivalente em equipamentos e medicamentos, além de monitorização cardiovascular e respiratória?

1- ( ) Sim 2- ( ) não

Se não, qual outro procedimento utilizado nestes casos

6- Existe algum instrumento usado na instituição para medir a satisfação dos utentes e funcionários?

1- ( ) Sim 2- ( ) não

Em caso afirmativo, qual? E como?

7- Existe o controlo de infecções ? e quais medidas preventivas são realizadas?

1- Sim ( ) 2- Não ( )

8- Há cursos de capacitação de gestores ou outros profissionais na instituição?

1- Sim ( ) 2- Não ( )

9- Quantos médicos, enfermeiros, auxiliares, assistente social, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogos possui nos turnos manhã, tarde e noite?

10- Como é feita a admissão do utente e quais os critérios utilizados neste processo?

11- Qual o custo para a instituição com os idosos e como se dá a comparticipação do utente e/ou estado para permanência destes no lar?

## ANEXO 5. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS LARES DE TERCEIRA IDADE

Exmo. Senhor Director do Centro Social de Oeiras,

*À O SACED.*  
*Parecem-me alguns pontos a serem tratados?*  
*26 Mai 2011*

Márcia Andréa Gonçalves Leite, aluna do Mestrado em Gestão (convénio UTAD-Brasil) da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, cujo tema de investigação é "Gestão da qualidade de vida e da dependência em idosos institucionalizados", irá realizar inquéritos em lares de idosos, com aplicação de questionários sobre Actividades da vida diária (escala de Katz), qualidade de vida e biorelacional, para avaliar o grau de dependência e a qualidade destes idosos institucionalizados, para isto será necessária a autorização prévia dos responsáveis e dos diretores através de uma conversa com a investigadora a ser marcada pela instituição, onde serão explicados os objectivos da pesquisa. O tempo da aplicação dos questionários varia de acordo com o número de entrevistados, porém em torno de 30 dias.

Com os melhores cumprimentos,

Carla Susana Marques  
 Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Susana Marques  
 (Directora para a Cooperação do DESG/UTAD)

Márcia Andréa Gonçalves  
 9166 333 98  
 MarciaAG.Leite@hst.made.com

*30/5/11*

*Não há problema.  
 É de autorizar.  
 Ao cuidado do  
 Dr. Higgs (Fisiot. do  
 CASL)*

Exmº Sr Presidente do Centro Social  
de Oeiras

Márcia Andréa Gonçalves Leite, mestranda em gestão de saúde da Universidade Trás os Montes e Alto Douro (UTAD), cujo tema do trabalho é “Gestão da qualidade de vida e da dependência em idosos institucionalizados” vem por este meio solicitar a v.Exª autorização para a recolha de dados nesta instituição, tendo em vista a elaboração da dissertação com aplicação de questionários sobre Actividades da vida diária (escala de Katz), qualidade de vida e bio-relacional, para avaliar o grau de dependência e a qualidade de vida destes idosos institucionalizados, (Em anexo).

Certos da compreensão que V.Exª dispensará ao nosso pedido,

Meus Melhores Cumprimentos,

*Márcia Andréa Gonçalves Leite*

Márcia Andréa Gonçalves Leite

CENTRO SOCIAL  
PAROQUIAL DE  
OEIRAS  
*António da  
Góia Gomes*  
01.11.2011

Exm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> Directora do Lar do Da Fundo

Márcia Andréa Gonçalves Leite, mestranda em gestão de saúde da Universidade Trás os Montes e Alto Douro (UTAD), cujo tema do trabalho é "Gestão da qualidade de vida e da dependência em idosos institucionalizados" vem por este meio solicitar a v.Ex<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados nesta instituição, tendo em vista a elaboração da dissertação, com aplicação de questionários sobre Actividades da vida diária (escala de Katz), qualidade de vida e bio-relacional, para avaliar o grau de dependência e a qualidade de vida destes idosos institucionalizados, (Em anexo).

Meus Melhores Cumprimentos,

*Márcia Andréa Gonçalves Leite*  
Márcia Andréa Gonçalves Leite

*Autizei a pesquisa*

*Vera Lúcia Buesen*  
Directora Tec. Lar Defundo  
Póvoa - Cód. Prof. 10001 630

Exm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> Directora

Lar Vila Mendes

Márcia Andréa Gonçalves Leite, mestranda em gestão de saúde da Universidade Trás os Montes e Alto Douro (UTAD), cujo tema do trabalho é "Gestão da qualidade de vida e da dependência em idosos institucionalizados" vem por este meio solicitar a v.Ex<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados nesta instituição, tendo em vista a elaboração da dissertação, com aplicação de questionários sobre Actividades da vida diária (escala de Katz), qualidade de vida e bio-relacional, para avaliar o grau de dependência e a qualidade de vida destes idosos institucionalizados, (Em anexo).

Meus Melhores Cumprimentos,

*Márcia Andréa Gonçalves Leite*  
Márcia Andréa Gonçalves Leite

LAR CASA DE REPOUSO  
"VILA MENDES" LDA  
Rua Elias Garcia, n.º 2  
ST.º AMARO OBRAS

*Lúcia Santos*

Exmª Srª Directora da Casa de  
Repouso Vasco da Gama

Márcia Andréa Gonçalves Leite, mestranda em gestão de saúde da Universidade Trás os Montes e Alto Douro (UTAD), cujo tema do trabalho é "Gestão da qualidade de vida e da dependência em idosos institucionalizados" vem por este meio solicitar a v.Exª autorização para a recolha de dados nesta instituição, tendo em vista a elaboração da dissertação, com aplicação de questionários sobre Actividades da vida diária (escala de Katz), qualidade de vida e bio-relacional, para avaliar o grau de dependência e a qualidade de vida destes idosos institucionalizados, (Em anexo).

Meus Melhores Cumprimentos,

*Márcia Andréa Gonçalves Leite*  
Márcia Andréa Gonçalves Leite

*João Nunes*  
CASA DE REPOUSO  
VASCO DA GAMA  
LEGETA

Exmª Srª Directora da Residência  
Sénior Casa São Pedro

Márcia Andréa Gonçalves Leite, mestranda em gestão de saúde da Universidade Trás os Montes e Alto Douro (UTAD), cujo tema do trabalho é **"Gestão da qualidade de vida e da dependência em idosos institucionalizados"** vem por este meio solicitar a v.Exª autorização para a recolha de dados nesta instituição, tendo em vista a elaboração da dissertação com aplicação de questionários sobre Actividades da vida diária (escala de Katz), qualidade de vida e bio-relacional, para avaliar o grau de dependência e a qualidade de vida destes idosos institucionalizados, (Em anexo).

Meus Melhores Cumprimentos,

*Márcia Andréa Gonçalves Leite*  
Márcia Andréa Gonçalves Leite



Exmº Sr Director da Casa de Repouso  
de Stº Amaro de Oeiras e Padre Cruz

Márcia Andréa Gonçalves Leite, mestranda em gestão de saúde da Universidade Trás os Montes e Alto Douro (UTAD), cujo tema do trabalho é **“Gestão da qualidade de vida e da dependência em idosos institucionalizados”** vem por este meio solicitar a v.Exª autorização para a recolha de dados nesta instituição, tendo em vista a elaboração da dissertação orientada pelo professor Vítor Rodrigues, coordenador do curso de enfermagem da Universidade Trás os Montes Alto Douro (UTAD) com aplicação de questionários sobre Actividades da vida diária (escala de Katz), qualidade de vida e bio-relacional, para avaliar o grau de dependência e a qualidade de vida destes idosos institucionalizados, (Em anexo).

Meus Melhores Cumprimentos,

*Márcia Andréa Gonçalves Leite*

Márcia Andréa Gonçalves Leite

*Autorização a recolha de dados  
necessário*

ARTUR Lda,  
Casa de Repouso  
Santo Amaro de Oeiras e Padre Cruz  
NIF: 500.726.654