

A percepção de qualidade de vida do idoso institucionalizado

Anabela Pinheiro da Silva

A percepção de qualidade de vida do idoso institucionalizado

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011

A percepção de qualidade de vida do idoso institucionalizado

A percepção de qualidade de vida do idoso institucionalizado

Anabela Pinheiro da Silva

A percepção de qualidade de vida do idoso institucionalizado

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

A percepção de qualidade de vida do idoso institucionalizado

Porto, 2011

Anabela Pinheiro da Silva

A percepção dos idosos do lar sobre a qualidade de vida

A aluna

“Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa, como parte
dos requisitos para a obtenção do grau de
Licenciatura em Enfermagem.”

Agradecimentos

Agradeço e dirijo cada palavra aqui gravada às pessoas mais significativas para mim...

Em primeiro lugar aos meus pais, Manuel e Ana, pelo seu esforço e dedicação durante estes anos

Ao meu namorado, Nuno, pela paciência e pelo apoio nos momentos mais difíceis.

A toda a minha família, pelo apoio e compreensão.

À minha orientadora, Professora Júlia Rodrigues, pela sua disponibilidade e pelo apoio na elaboração deste trabalho.

Por fim, agradeço a todos os meus amigos, em particular Catarina Teixeira e Filipa Marinho, por estarem sempre presentes e pelo apoio dado.

Abreviaturas e Siglas

Cit in – citado em

Et al – entre outros

p. – página

pp. – páginas

UFP – Universidade Fernando Pessoa

FCS – Faculdade Ciências da Saúde.

% - por cento

Sumário

O presente Projecto de Graduação insere-se no plano curricular do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto e tem como título: **A percepção da qualidade de vida do idoso institucionalizado.**

A institucionalização do idoso é cada vez mais uma realidade, devido ao desenvolvimento económico do país, isto faz com que, a população idosa tenha um peso maior na estrutura etária, quer por necessidades próprias quer por necessidades sentidas pelos seus cuidadores. Afim de darmos resposta aos objectivos delineados; conhecer a percepção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados e Identificar os factores que influenciam a sua qualidade de vida, desenvolvemos um estudo de tipo exploratório e transversal, com abordagem qualitativa e quantitativa. Como instrumento de recolha de dados, utilizamos a escala EASYcare (anexo II) e recolhemos os dados através de uma entrevista a 5 idosos com idade igual ou superior a 75 anos, institucionalizados no lar de Arca D'água. Após a colheita de dados, estes foram analisados através do programa informático Microsoft Office Excel 2007 e organizados em gráficos e quadros. As respostas abertas foram sujeitas a análise de conteúdo e categorização e organizadas em quadros e análise descritiva.

Tendo em conta os parâmetros utilizados pela escala supra-referida para avaliação da qualidade de vida, conclui-se que os idosos inquiridos apresentam uma qualidade de vida entre os níveis “Razoável” e “Muito Bom”.

Quando confrontados com a pergunta *Se alguma coisa puder ser feita para as coisas melhorarem para si, o que é que deve ser feito?*, as suas respostas basearam-se nas preocupações com a saúde; nas preocupações económicas; no bem estar; no relacionamento familiar; nos contextos de vida e na ocupação dos tempos livres.

Confrontados com a questão se tinham *objectivos em vista e qual o prazo para a sua concretização*, os idosos maioritariamente, afirmaram não ter objectivos.

Abstract

This project is part of the undergraduate curriculum in the 4th year of the Degree in Nursing UFP-Porto and is titled: The perception of quality of life of institutionalized elderly.

The institutionalization of the elderly is increasingly a reality, due to the economic development of the country, this means that the older population has a greater weight in the age structure, either by themselves or by needs felt needs of their caregivers. In order to give response to the objectives outlined and to know the perception of quality of life of elderly inpatients and identify the factors that influence the quality of life, a study developed an exploratory, cross-sectional qualitative and quantitative approach. As a tool for data collection, use the scale EASYcare (Annex II) and collect the data through an interview with five elderly aged over 75 years, institutionalized in the home of Ark Water. After data collection, these were analyzed using the computer program Microsoft Office Excel 2007 and organized in tables and graphs. The open answers were subjected to content analysis and categorization and organized into tables and descriptive analysis.

Given the parameters used by the scale referred to above for assessing the quality of life, it is concluded that elderly respondents have a quality of life between the levels "Reasonable" and "Very Good".

When confronted with the question if something can be done to improve things for you, what should be done?, Their responses were based on health concerns, the economic concerns, the well-being, family relationships, ; in the contexts of life and leisure time.

Faced with the question whether they had goals in mind and what the deadline for its implementation, mainly the elderly, said they have no goals.

Índice

0. Introdução.....	10
I- Fase Conceptual.....	13
1.1 Problema de investigação.....	13
1.2 Questões de investigação	14
1.3 Objectivos do estudo	14
1.4 Revisão da Literatura	14
i.iv.i. Envelhecimento	15
i.iv.ii. Idoso institucionalizado	17
i.iv.iii Percepção de qualidade de vida.....	17
II - Fase Metodológica	20
2.1 Desenho de investigação	20
ii.i.i. Tipo de estudo.....	20
ii.i.ii. Meio.....	20
ii.i.iii. População e amostra	21
ii.i.iv. Variáveis	21
ii.i.v. Instrumento de recolha de dados.....	21
2.2 Considerações éticas	24
2.3 Tratamento de dados	25
III- Fase Empírica	26
3.1 Caracterização da amostra.....	26
3.2 Apresentação, análise e discussão de resultados	26
Caracterização da Percepção da Qualidade de Vida	30
Caracterização da Área Funcional.....	32
Caracterização da Mobilidade	36
Caracterização das Actividades de Cuidados Pessoais	40
Caracterização do Estado Depressivo	45
Caracterização das Capacidades Cognitivas	47
3.3 Sugestões de Melhoria de Qualidade de Vida.....	48
3.4 Objectivos e perspectivas no futuro	51
IV- Conclusão.....	53
Bibliografia.....	55

Anexos

Anexo I – Cronograma

Anexo II – Escala EASYcare

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da visão.....	26
Gráfico 2 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da audição.....	27
Gráfico 3 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da mastigação	27
Gráfico 4 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da percepção de ser compreendido.....	28
Gráfico 5 - Distribuição numérica e percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da incapacidade física.....	29
Gráfico 6 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação do nível de saúde	30
Gráfico 7 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação do nível de solidão.....	30
Gráfico 8 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação do tipo de habitação.....	31
Gráfico 9 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao trabalho doméstico.....	32
Gráfico 10 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à preparação das refeições	33
Gráfico 11 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao deslocar-se para ir às compras	33
Gráfico 12 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à capacidade em administrar dinheiro.....	34
Gráfico 13 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à capacidade para usar o telefone.....	34
Gráfico 14 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da capacidade para tomar os medicamentos.....	35
Gráfico 15 - Distribuição numérica dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da área funcional	35

Gráfico 16 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação de sair de casa e caminhar na rua	37
Gráfico 17- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao movimentar-se dentro de casa	37
Gráfico 18- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao subir e descer escadas.....	37
Gráfico 19- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao deslocar-se da cama para a cadeira.....	38
Gráfico 20- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao utilizar sanita ou cadeira sanitária.....	38
Gráfico 21- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente aos cuidados de higiene.....	39
Gráfico 22- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da Mobilidade.....	39
Gráfico 23- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à aparência pessoal	40
Gráfico 24- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à capacidade para se vestir	41
Gráfico 25- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à capacidade de se alimentar	41
Gráfico 26- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao controlo vesical	43
Gráfico 27- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao controlo Intestinal	43
Gráfico 28 - Distribuição numérica dos idosos inquiridos relativamente à avaliação do controlo esfinteriano	44
Gráfico 29- Distribuição numérica e percentual dos idosos inquiridos relativamente à depressão	45

Índice de quadros

Quadro 1 - Distribuição numérica dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da qualidade de vida	40
Quadro 2 - Distribuição numérica dos idosos inquiridos relativamente à avaliação dos cuidados pessoais.....	51
Quadro 3 - Pontuação de controlo esfíncteriano	53
Quadro 4 - Distribuição numérica e percentual dos idosos inquiridos relativamente à pontuação da depressão	55
Quadro 5 - Distribuição numérica e percentual dos idosos inquiridos relativamente à pontuação das capacidades cognitivas.....	56
Quadro 6 - Condições de melhoria de qualidade de vida.....	58

0. Introdução

O presente trabalho de investigação foi elaborado no âmbito do plano curricular do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto, como parte integrante do instrumento avaliativo.

A realização deste projecto de investigação tem como principais objectivos académicos:

- Aprofundar conhecimentos na área de investigação;
- Aprofundar conhecimentos acerca do estudo;
- Servir de instrumento avaliativo.

Este trabalho de Investigação tem como tema: *A percepção de qualidade de vida do idoso institucionalizado.*

Para Fortin (1999, p.375), o tema para investigação é “o domínio delimitado do saber, no interior do qual será formulado um problema de investigação”. Por esta razão foi escolhida a área da Gerontologia, onde se irá ao encontro da percepção da qualidade de vida dos idosos.

Este estudo teve como principal objectivo conhecer a percepção do idoso institucionalizado sobre a sua qualidade de vida.

A esperança de vida em Portugal tem vindo a sofrer um aumento progressivo nos últimos anos. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) o envelhecimento demográfico tem vindo a aumentar e é definido pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total, em detrimento da população jovem, e/ou da população em idade activa. Entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem (0-14 anos) e um incremento de 14% da população idosa (65 e mais anos). Em 2001, a proporção da

população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, duplicou, passando para 16,4% em 2001 (INE, 2001, p.1).

Segundo Costa (1999, p.43), “(...) envelhecer é um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo.”

O processo do envelhecimento está directamente proporcional ao aumento da longevidade. Uma vez que a esperança média de vida do homem tem vindo a aumentar progressivamente, o conceito de idoso tem também evoluído (Almeida, 2006).

Para este estudo de investigação foram levantadas as seguintes questões:

- Que qualidade de vida percebem os idosos institucionalizados?
- Que factores influenciam a qualidade de vida dos idosos institucionalizados?

Fortin (1999, p.100) considera que os objectivos de estudo “indicam o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa de orientação de investigação segundo nível de conhecimento estabelecido no domínio da questão”.

Perante isto, foram delineados os seguintes objectivos de investigação:

- Conhecer a percepção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados;
- Identificar os factores que influenciam a sua qualidade de vida.

Neste estudo, exploratório e transversal, faz-se uma abordagem quantitativa e qualitativa dos dados obtidos das respostas fornecidas. A população desta investigação reside no Lar de Arca d'Água sendo a amostra constituída por 5 elementos da população. O instrumento de colheita de dados utilizado para a recolha da informação foi escala EASYcare através de uma entrevista aplicada aos idosos, no dia 23 de Junho de 2011.

Concluimos que os idosos inquiridos apresentam uma qualidade de vida entre os níveis “Razoável” e “Muito Bom”.

Quando confrontados com a pergunta *Se alguma coisa puder ser feita para as coisas melhorarem para si, o que é que deve ser feito?*, as suas respostas basearam-se nas preocupações com a saúde; nas preocupações económicas; no bem estar; no relacionamento familiar; nos contextos de vida e na ocupação dos tempos livres.

Confrontados com a questão se tinham *objectivos em vista e qual o prazo para a sua concretização*, os idosos maioritariamente, afirmaram não ter objectivos.

Este projecto de investigação está dividido em 5 capítulos principais: introdução, fase conceptual, fase metodológica, fase empírica e conclusão.

I- Fase Conceptual

“A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação” (Fortin, 1999, p. 39).

Segundo a mesma autora, esta fase desempenha um papel crucial uma vez que fornece ao investigador os pilares necessários para o desenrolar do processo de investigação.

1.1 Problema de investigação

O problema de investigação é a base para todo o processo de investigação.

Para Fortin (1999, p.374) o problema de investigação é:

“Um enunciado formal do objectivo de uma investigação, tomando a forma de uma afirmação que implica a possibilidade de uma investigação empírica, que permite encontrar uma resposta”.

Segundo Paúl (1992) o aumento da esperança de vida que se tem vindo a verificar nem sempre é acompanhado por um aumento da qualidade da mesma, muito pelo contrário, tende mesmo a degradar-se com o processo de envelhecer, quer do ponto de vista

sócio-económico, quer psicológico. Com o envelhecimento os idosos perdem autonomia, têm menos possibilidade de emprego, são rejeitados pela sociedade (exclusão social).

Ao longo dos ensinos clínicos, fui percebendo que nem todos os idosos no processo de envelhecimento se faziam acompanhar de qualidade de vida, sendo esse o principal motivo da escolha desta temática.

Para a sociedade actual um idoso é considerado um impotente, que necessita de auxílio de terceiros e, na realidade não, porque há idosos com boa capacidade cognitiva e ainda capazes de tratar de si, activos.

Por outro lado, sabemos que a qualidade de vida é subjectiva e depende da percepção de cada um.

1.2 Questões de investigação

Para Fortin (1999, p.40) questões de investigação “são enunciados interrogativos precisos, escritos no presente e que incluem as variáveis em estudo”.

Assim sendo foram levantadas as seguintes questões de investigação:

- Que qualidade de vida percebem os idosos institucionalizados?
- Que factores influenciam a qualidade de vida?

1.3 Objectivos do estudo

“O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão” (Fortin, 1999, p.100).

Desta forma foram enunciados os seguintes objectivos de estudo:

- Conhecer a percepção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados;
- Identificar os factores que influenciam a sua qualidade de vida.

1.4 Revisão da Literatura

Para Fortin (1999, p.74):

“A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação. No decurso desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos examinados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos. A síntese e o resumo destes documentos fornecem ao investigador a matéria essencial à conceptualização da investigação”.

O que se pretende neste ponto é caracterizar o estudo de acordo com o que na literatura existe sobre o tema. Deste modo vão ser enunciados alguns autores que abordam o tema da terceira idade: o envelhecimento, a institucionalização e a qualidade de vida nesta faixa etária.

i.iv.i. Envelhecimento

No que respeita à faixa etária da terceira idade, parece importante salientar algumas alterações que habitualmente ocorrem nesta fase do ciclo. Segundo Costa (1999, p. 43), “(...) envelhecer é um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo.”

Já para Netto (1996, p.60) o envelhecimento é:

“(...) um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.”

O processo de envelhecimento está directamente proporcional ao aumento da longevidade. Uma vez que a esperança média de vida do homem tem vindo a aumentar progressivamente, o conceito de idoso tem também evoluído (Almeida, 2006).

Segundo Melão (1999), o modelo de envelhecimento deveria processar-se de forma normal e não associado a qualquer patologia. No que respeita a saúde deverá ser controlada para que o idoso obtenha um maior grau de autonomia, evitando a doença, permitindo assim uma adaptação correcta ao processo de envelhecimento.

De acordo com Oliveira (2005, p.10), “(...) velho é aquele que já completou 65 anos”. Contudo, esta definição não pode ser generalizada uma vez que a esperança média de vida é mais baixa nos Países em vias de desenvolvimento do que nos Países desenvolvidos. Não podemos basear-nos apenas na idade cronológica e descorar a idade biológica, social e psicológica.

Assim, para Giddens (1997), o processo de envelhecimento está associado a alterações relacionadas com a aparência e com as capacidades físicas e não tanto com a idade cronológica.

Na actualidade, o processo de envelhecer corresponde a uma transformação bio-psico-social, abdicando ou retirando prestígio aos indivíduos. O estereótipo social que é atribuído ao idoso tem uma compreensão crucial. Neste processo de vida existe interferências de vários factores, como por exemplo: a deteiorização progressiva das funções físicas e mentais, o declínio progressivo das faculdades e transformação do meio familiar e da vida profissional, que exercem influência no psiquismo e no comportamento dos indivíduos (Tomaz *et al*, 2002, p.26,35).

Por este motivo, Ermida (1999), afirma que cada pessoa envelhece de forma única e a um ritmo que é só seu.

Para Lidz (1983), existem 3 fases do processo de Envelhecimento e o idoso pode não atingir a todas. A primeira designa-se como sendo a **fase do idoso**, onde não existem grandes alterações orgânicas (o individuo considera-se capaz de realizar sozinho as suas necessidades), observando-se apenas alterações no estilo de vida provocadas pelo factor económico. A segunda fase intitula-se **Senescência** e acontece no momento em que o individuo passa a apresentar alterações na sua condição física ou de outra natureza, tornando-o menos independente e, assim, necessitando de auxilio de terceiros. A terceira e última fase denomina-se **Senilidade** e caracteriza-se por não haver capacidade de adaptação por parte do cérebro do individuo. Assim, o idosos tornam-se dependente de cuidados completos.

Segundo Lima-Costa e Veras, num estudo realizado na Uberlândia, o aumento da longevidade é um novo desafio às sociedades, aos pesquisadores aos gestores de saúde e à própria população que envelhece de todo o mundo. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade e significado aos anos adicionais de vida (*cit in Silva et al*, 2006).

i.iv.ii. Idoso institucionalizado

A Organização Mundial de Saúde (2001, p.10) classifica cronologicamente idoso como: “ (...) a pessoa com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento”.

Quando o idoso se torna dependente e sem autonomia, o seu equilíbrio na comunidade requer, as vezes, a ajuda da família e dos amigos. No entanto, esta disponibilidade para ajudar nem sempre existe. Para Paul (*cit in* Lobo 2006) o cuidar dos idosos, mais ou menos tempo, a residir em casa de terceiros, gera frequentemente problemas de stress, de saúde mental e física em quem trata deles e em toda a família. Devido às condições de vida da actualidade o número de idosos institucionalizados tem vindo a aumentar (*cit in*, Quintas, p.21, 2008).

De um modo geral, Oliveira (2005, p.89) diz que “(...) estar num lar não significa necessariamente uma fatalidade (...) porque um idoso que fique com a família, não sendo apoiado pode sentir muito mais a solidão do que a institucionalização.”

Pelo contrário, Sousa *et al* (2003, p. 7) refere que os idosos “temem que a sua ida para um lar diminua a sua independência (...) estar em lar torna os idosos menos capazes de manter a sua autonomia e qualidade de vida “

Apesar de muitas das vezes os idosos serem institucionalizados embora ate com um nível de vida de autonomia elevado, nestas instituições as oportunidades que lhes são proporcionadas no sentido de lhes garantir uma vida activa são muitas vezes limitadas (Lobo, 2006).

i.iv.iii Percepção de qualidade de vida

A percepção faz parte de uma etapa do modelo de processamento da informação. Este modelo deriva de uma analogia entre as operações mentais e o funcionamento de um

computador. Um computador adquire funções humanas como adquirir informação, armazená-la, transformá-la e recuperá-la (Gleitman *et al.* 2003).

A percepção é um processo complexo ao qual o indivíduo tem plena consciência das suas impressões sensoriais e adquire conhecimento da realidade. É um mecanismo de aquisição da informação através da assimilação estruturada dos dados que procedem dos sentidos (Dicionário de Psicologia, 1999, p. 301).

A percepção define-se como a função psicológica que nos transmite de uma forma imediata, uma representação original do nosso meio ambiente (Jimenez, 1997, p.10).

Segundo, Jimenez (1997, p.12), por outro lado a percepção, é uma recolha de informação sobre o meio ambiente, “é a posição subjacente à abordagem da percepção em termos de «tratamento da informação”. Esta adopta a metáfora informática que considera o ser vivo como um conjunto de sistemas que recebem, registam, elaboram, restituem e utilizam informação. Sistema de tratamento da informação sensorial, a percepção descodifica e traduz as informações em representações intermédias úteis para os tratamentos ulteriores.”

A percepção faz parte de uma etapa do modelo de processamento da informação. Este modelo deriva de uma analogia entre as operações mentais e o funcionamento de um computador. Um computador adquire funções humanas como adquirir informação, armazená-la, transformá-la e recuperá-la (Gleitman *et al.* 2003).

Segundo Veras e Camargo (*cit in* Álvarez *et al.*, 1998), para o idoso, a qualidade de vida subentende autonomia e independência para as suas actividades, sendo esta uma tarefa complexa que depende, unicamente, da conquista social.

Já segundo O.M.S (*cit in* Larizzatti, M. F., 2005, p.63), qualidade de vida é:

“A percepção de cada individuo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objectivos, normas e interesses...”.

Deste modo podemos verificar que a qualidade de vida envolve várias dimensões, e não apenas a inexistência de doenças ou alimentação básica. A qualidade de vida envolve, também, aspectos culturais, emocionais e relacionais.

Certos autores relacionam a qualidade de vida apenas com o bem-estar subjectivo, sendo este a forma como cada um se sente física e psicologicamente e nas suas relações com o meio. (Couvreur, 2001)

Com o “o progresso das tecnologias em geral e a investigação avançada da investigação médica, os tratamentos, os cuidados e a readaptação trarão novas perspectivas na qualidade de vida para as pessoas idosas” (Queirós, 2001, p.5)

A qualidade de vida é um conceito de natureza abstracta, significa diferentes coisas em diferentes situações, ou seja é multidimensional. O conceito de uma qualidade de vida razoável varia em função do tempo. Por essa razão a OMS mencionou uma definição sobre qualidade de vida: “ percepção pessoal de um indivíduo da sua situação de vida, dentro do contexto cultural e de valores em que vive, e a relação com os seus objectivos, expectativas, valores e interesses” (cit. in Garrido *et al*, 2003).

Neri (1993) afirma que a qualidade de vida na velhice depende de vários aspectos interactivos, não sendo um atributo pessoal, mas sim o resultado de um processo contínuo de mudanças no indivíduo e na unidade sócio-cultural em que se desenvolve a sua história pessoal.

II - Fase Metodológica

O objectivo, nesta fase é definir os meios para a realização da investigação. Aqui, o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às suas questões de investigação. (Fortin, 2009)

2.1 Desenho de investigação

O desenho de investigação para Fortin (2009, p. 214) é:

“ (...) um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismo de controlo, tendo por objectivo minimizar os riscos de erro”.

ii.i.i. Tipo de estudo

Trata-se de estudo exploratório e transversal, sendo a abordagem utilizada maioritariamente quantitativa e também qualitativa.

Um estudo exploratório para Fortin (2009, p. 135) é aquele que “visa denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação”.

Os estudos transversais são por definição estudos que recolhem dados relativos e servem para avaliar a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população, fornecendo dados imediatos (Fortin, 2009).

ii.i.ii. Meio

Para (Fortin, 2009, p. 217), o investigador necessita do meio onde vai decorrer o estudo e que justifique a sua escolha.

O meio onde vai decorrer este estudo é no Lar de Arca d'Água.

ii.i.iii. População e amostra

Para a realização deste estudo de investigação é necessário a identificação da população alvo, pois segundo Fortin (2009, p.311) a população alvo é “(...) o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente.”

Assim sendo, a população deste estudo será constituída pelos idosos pertencentes ao lar Arca d'Água de ambos sexos, com capacidades físicas e psíquicas que permitam responder às questões colocadas.

Relativamente à amostra, para Fortin (2009, p. 312) é “ (...) uma fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo.”

Neste estudo a amostra é constituída por 25% da população em estudo, ou seja, 5 idosos. Trata-se de uma amostra acidental em que os indivíduos foram escolhidos pela sua presença naquele preciso momento (Fortin, 2009).

ii.i.iv. Variáveis

Neste estudo consideramos apenas as variáveis de atributo que se refere às características dos sujeitos do estudo (Fortin, 2009, p. 172). Foram identificadas, assim, as seguintes variáveis de atributo: género, idade, estado civil e tempo de permanência no lar.

ii.i.v. Instrumento de recolha de dados

Fortin (1999, p. 41) define que:

“A colheita de dados efectua-se segundo um plano pré-estabelecido. É a colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos. Nesta etapa, deve-se precisar a forma como se desenrola a colheita de dados bem como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autorizações requeridas para efectuar o estudo no estabelecimento escolhido, se for caso disso”.

A mesma autora refere que, “a escolha do método de colheita de dados faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística considerada” (Fortin, 1999, p.239).

A colheita de dados será feita através da escala EASYcare (ver anexo II) através entrevista dirigida aos idosos do lar de Arca d’Água.

Seleccionamos a escala EASYcare, uma vez que a sua avaliação se centra nas capacidades dos idosos e não nos deficits, permitindo-nos assim avaliar o bem-estar físico, mental e social das pessoas idosas.

Falamos de um instrumento de avaliação que engloba os diferentes âmbitos da qualidade de vida e:

“(…) projectado para proporcionar uma descrição global das necessidades do idoso, tal como as percepções. Centra-se mais na qualidade de vida do que na doença e reconhece o papel dos prestadores de cuidados informais relativamente às incapacidades da pessoa idosa” (Sousa *et al*, *cit. in* Rodrigues, 2003, p. 21).

Este instrumento de recolha de dados permite-nos conhecer o seu sistema de saúde, com quem vive, a rede de apoio de que beneficia, a sua situação de escolaridade, a profissão e com que idade deixou o trabalho remunerado. O instrumento é constituído por 28 questões que se apresentam da seguinte forma:

- i. Incapacidade física – avalia-se a percepção do idoso quanto à sua visão, audição, mastigação e forma como é compreendido pelos outros, no que se refere à fala e à linguagem;
- ii. Qualidade de vida – é avaliada a percepção do idoso relativamente ao nível de saúde, sentimentos de solidão e opinião acerca das condições de habitação;

- iii. Incapacidade – reúne a pontuação dada á avaliação da área funcional, à mobilidade e ao controlo esfinteriano. Avalia-se a percepção do idoso quanto à área funcional na possibilidade de fazer trabalhos domésticos, preparar refeições, fazer compras, administrar o seu dinheiro, usar o telefone e tomar medicamentos. Quanto à mobilidade, avalia-se a percepção do idoso acerca das suas capacidades para sair e caminhar na rua, movimentar-se dentro de casa, subir e descer escadas, deslocar-se da cama para a cadeira, usar a sanita, usar o chuveiro ou banheira. Nos cuidados pessoais, avalia-se a percepção do idoso quanto às suas capacidades para cuidar da sua aparência pessoal, vestir-se e alimentar-se. No controlo esfinteriano, pede-se ao idoso para referir a existência ou não de problemas com a bexiga ou intestinos;
- iv. Escala geriátrica de depressão – a resposta a quatro questões procura detectar sinais de alerta onde a sua existência recomenda uma avaliação mais detalhada;
- v. Teste de diminuição cognitiva – o instrumento prevê uma série de perguntas simples que avaliam sobretudo a localização no tempo e a memória e que admitem uma margem de erro. É optativo e a pontuação final indica normalidade, diminuição ligeira, moderada ou grave.

É um sistema que permite ainda a avaliação de qualidade de vida através do conhecimento das opiniões dos idosos, acrescenta ainda duas perguntas abertas sobre o que deve ser feito para melhorar as suas vidas, quais os objectivos que têm e qual o prazo para a sua concretização.

Esta escala, idosos com idade superior ou igual a 75 anos e com capacidades cognitivas para responder as questões, são critérios de inclusão.

Os critérios de exclusão são: idosos sem capacidades cognitivas e totalmente dependentes.

Foi utilizada a entrevista, como já referi anteriormente, uma vez que os entrevistados em estudo são idosos, pode ser aplicada a idosos que não saibam ler nem escrever e ainda adequar a linguagem da escala durante a entrevista. O instrumento foi aplicado apenas num único encontro a cada idoso, em privado.

Para Fortin (2009, p. 375), uma entrevista é: “(...) um modo de comunicação verbal que se estabelece entre duas pessoas, isto é, um entrevistador e um respondente”.

É um tipo de entrevista dirigida, onde o entrevistador tem elevado poder de controlo sobre o conteúdo e o desenvolvimento da entrevista. A origem das questões, a sua formulação e a ordem de apresentação são determinadas antecipadamente (Fortin, 2009, p. 376).

2.2 Considerações éticas

Na actualidade a investigação é essencial para a melhoria dos cuidados na área da enfermagem.

Segundo Fortin, (1999, p.114) a ética é “(...) é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em estes se inspiram para guiar a sua conduta.”

A ética constitui a avaliação crítica constituída pelos conjuntos de preconceitos e de leis. São estas que regem as acções e as atitudes. (Fortin, 1999)

Num estudo de investigação aparecem as questões morais e éticas, desta forma é necessário proteger os direitos dos indivíduos do estudo.

Estes indivíduos têm direito segundo os cinco princípios do código de ética da investigação para Fortin (1999): à **autodeterminação**, baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer uma é capaz de decidir o seu próprio destino; **ao anonimato e à confidencialidade**, os dados devem ser tratados de tal forma que nenhum dos respondentes, através da informação dada, seja reconhecido quer pelo

investigador quer pelo leitor do relatório; **à intimidade**, a pessoa apresenta liberdade de decidir sobre a informação que quer fornecer à investigação; **ao tratamento justo e equitativo**, o indivíduo tem direito de ser informado sobre o fim e o objectivo da investigação e por fim tem direito **à protecção contra o desconforto e prejuízo**, este direito corresponde às regras de protecção do participante do estudo contra inconvenientes que lhe possam fazer mal ou prejudicar.

Após consentimento livre e esclarecido os idosos institucionalizados responderam à entrevista conduzida pela escala.

Para a realização deste estudo, foi também, necessária a autorização da instituição para o seu exercício. Esta autorização foi solicitada junto da Sra. Directora da instituição que nos autorizou a realização das entrevistas.

2.3 Tratamento de dados

O tratamento dos dados foi realizado através de métodos informáticos, do programa Microsoft Office Excel 2007.

Este estudo de investigação utiliza quer a abordagem qualitativa quer quantitativa.

A parte qualitativa será apresentada em forma de gráficos e tabelas, de forma a facilitar uma visão específica e global dos resultados e, a parte quantitativa através da análise de conteúdo e respectiva caracterização pelo meio de expressões dadas pelos idosos.

III- Fase Empírica

3.1 Caracterização da amostra

Os idosos que constituem esta amostra são na totalidade pertencentes ao Sistema Nacional de Saúde.

Quatro dos idosos apresentam estado civil – viúvo e, apenas um se encontra casado.

Na sua maioria, (60%), são do sexo feminino e os restantes 40% do sexo masculino.

A faixa etária varia entre os 73 e os 95 anos.

3.2 Apresentação, análise e discussão de resultados

Caracterização da Incapacidade física

Com as questões de 1 a 4 pretendemos avaliar a incapacidade física recolhendo informações acerca de eventuais problemas nos domínios da visão, audição e dificuldades no uso de aparelhos e próteses, mastigação e fala/linguagem. A cada item é atribuída uma cotação em que, 0 se atribui a situações “sem dificuldade”, 1 a situações de “alguma dificuldade” e 3 a situações sinalizadas de “incapacidade total”. A pontuação da incapacidade física é o resultado da avaliação dos quatro parâmetros já indicados e pode atingir a pontuação máxima de 12.



Gráfico 1 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da visão

A observação do gráfico anterior permite-nos afirmar que a maior parte dos idosos tem alguma dificuldade de visão 60% (3 idosos) e 40% (2 idosos) não tem dificuldade. É de realçar que nenhum dos idosos apresenta muita dificuldade (0%).

O nosso estudo converge com o estudo realizado por Rodrigues (2003), em que 58,1% dos inquiridos apresentavam alguma dificuldade na visão.



Gráfico 2 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da audição

Relativamente a este parâmetro, verificamos que a totalidade da amostra, numa percentagem de 100%, apresenta alguma dificuldade de audição.

O nosso estudo diverge do estudo realizado por Rodrigues (2003) onde a maioria dos idosos não apresentavam dificuldade de audição (56,5%).

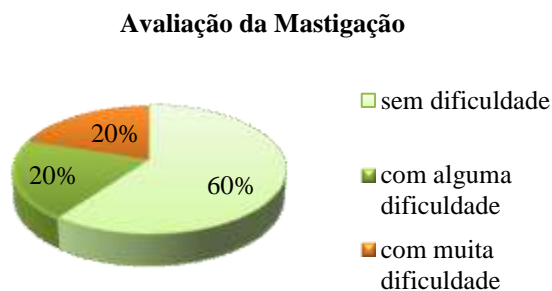


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da mastigação

Sem dificuldade em mastigar os alimentos é a resposta que reúne maior percentagem (60%) no entanto, existe 20%, que afirma ter alguma dificuldade e outros 20% que refere ter muita dificuldade.

Segundo Rodrigues (2003), a maior percentagem de idosos inquiridos não referia dificuldade na mastigação, este estudo converge com o nosso onde 60% dos idosos responde também não apresentar dificuldade nesta área.

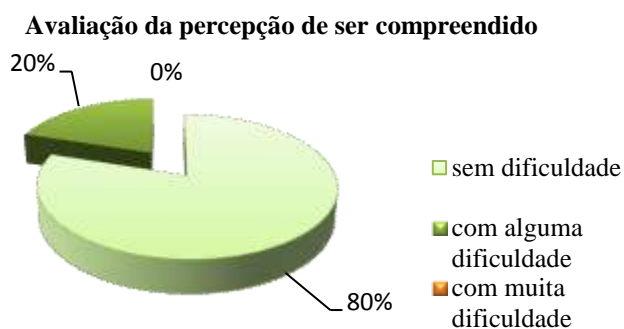


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da percepção de ser compreendido

A maioria dos idosos sente que é compreendido pelos outros, (80 %); 20% percepçiona alguma dificuldade a esse nível e nenhum (0%) sente que existe muita dificuldade em ser compreendido.

Mais uma vez o nosso estudo converge com o estudo realizado por Rodrigues (2003) onde a maior percentagem de idosos inquiridos remete-se à resposta de que se sentem compreendidos pelos outros.

A percepção de qualidade de vida do idoso institucionalizado

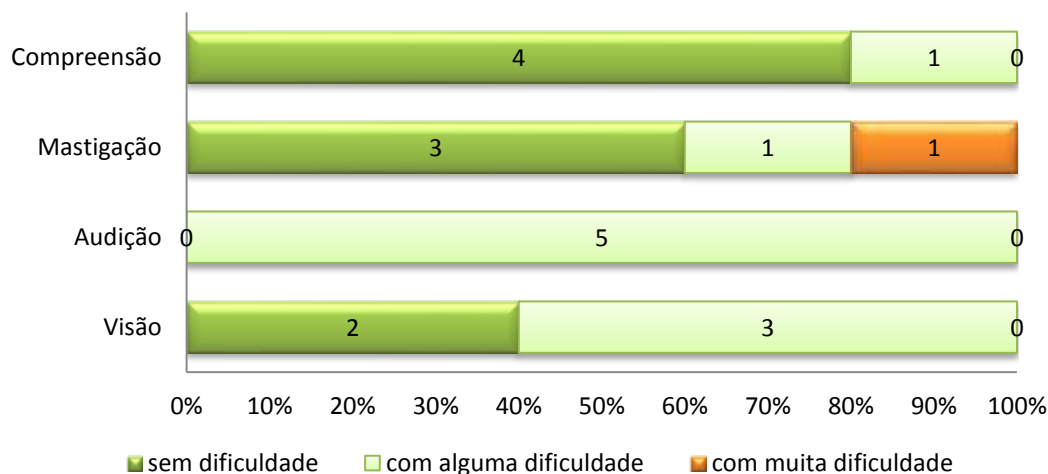


Gráfico 5 - Distribuição numérica e percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da incapacidade física

A observação do quadro anterior que reúne os quatro parâmetros de avaliação, leva-nos a concluir que os idosos, maioritariamente, referem não ter dificuldades em ser compreendido, seguindo-se os que não têm dificuldades de mastigação e visão. Afirmam ter alguma dificuldade ao nível da audição, seguindo-se a visão e de igual percentagem a compreensão e a mastigação. Aparece apenas um idoso que refere muita dificuldade na mastigação.

Uma vez que, a pontuação máxima é de 12, o número máximo atingido foi de 5, o que indica que estes idosos não apresentam dificuldade ou apresentam alguma dificuldade nos quatro parâmetros já indicados.

Este estudo vai de encontro a algumas dificuldades encontradas no estudo realizado por Rodrigues (2003) em que os idosos inquiridos também apresentavam alguma dificuldade na área da visão, audição, mastigação e compreensão.

Enquanto no nosso estudo só um idoso apresenta ter muita dificuldade na mastigação, no estudo realizado por Rodrigues (2003) vários idosos apresentavam muita dificuldade em todos os parâmetros de avaliação de incapacidade física.

Caracterização da Percepção da Qualidade de Vida

Qualidade de vida percebida pelo sujeito (questões 5 a 7) – neste parâmetro, avalia-se a qualidade de vida percebida pelo idoso, considerando a saúde, solidão e tipo de habitação. Cada um destes parâmetros reúne cinco níveis, do “Excelente” ao ponto mais “Fraco” e cuja pontuação máxima é de 15.

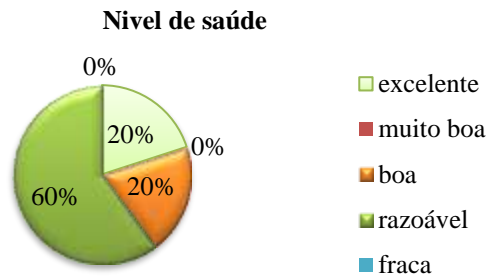


Gráfico 6 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação do nível de saúde

Observando o gráfico, verificamos que os níveis de saúde percebidos pelos idosos são médios, já que 60% considera ser razoável, apenas 20% considera ter uma saúde boa e outros 20% excelente. Nenhum dos sujeitos se situa no nível fraco.

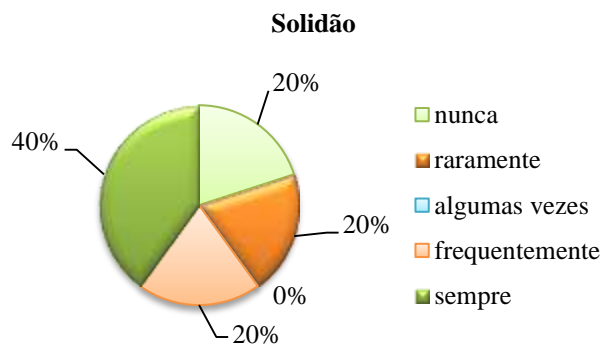


Gráfico 7 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação do nível de solidão

Sente-se sempre e frequentemente sozinho são as respostas mais constantes e dadas por 60% dos idosos, conforme se observa no gráfico anterior. No entanto, se considerarmos as respostas raramente e nunca reunimos 40% dos respondentes.

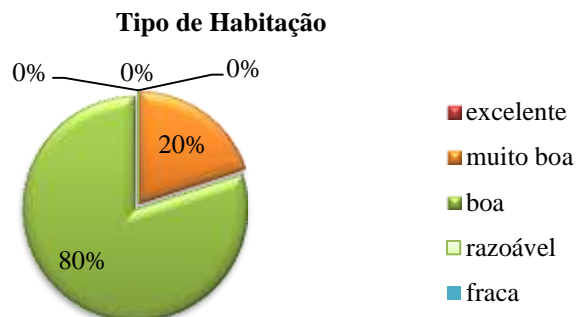


Gráfico 8 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação do tipo de habitação

Tendo em conta que a habitação da nossa amostra é a mesma as suas opiniões divergem.

A maioria das respostas dos idosos, quanto à habitação recai no item boa numa percentagem de 80%, seguindo-se da muito boa (20%) e nenhum dos respondentes considera a habitação excelente, razoável ou fraca (0%).

Quadro 1 - Distribuição numérica dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da qualidade de vida

	Idoso 1	Idoso 2	Idoso 3	Idoso 4	Idoso 5
Nível de saúde	1	4	4	4	3
Solidão	2	5	4	5	2
Tipo de habitação	3	2	3	3	3
TOTAL	6	11	11	12	7

A análise do quadro anterior, permite-nos afirmar que os respondentes têm uma percepção de qualidade de vida entre os níveis do razoável e do muito bom.

Estes resultados, são consistentes com os obtidos no estudo realizado por Sousa *et al* (2003), em que na maioria dos idosos inquiridos as percepções são positivas em relação à qualidade de vida.

Para o idoso, a qualidade de vida subentende autonomia e independência para as suas actividades, sendo esta uma tarefa complexa que depende, unicamente, da conquista social (Veras e Camargo *cit in* Álvarez *et al*, 1998).

Caracterização da Área Funcional

Área funcional (questões 8 a 13) – avalia-se a possibilidade de o idoso realizar determinadas tarefas e actividades, se for necessário. Quando existem dificuldades ou incapacidades registam-se os apoios recebidos (cônjuge ou companheiro, membro da família, amigo, vizinho, ajuda privada, serviços de uma instituição, ajuda não disponível, outra). Cada questão está dividida em três níveis possíveis de avaliação, sem ajuda, com alguma ajuda ou completamente incapaz, com pontuações diferentes que, no conjunto, não ultrapassam 23 pontos o que, neste caso, corresponde ao nível de maior incapacidade.

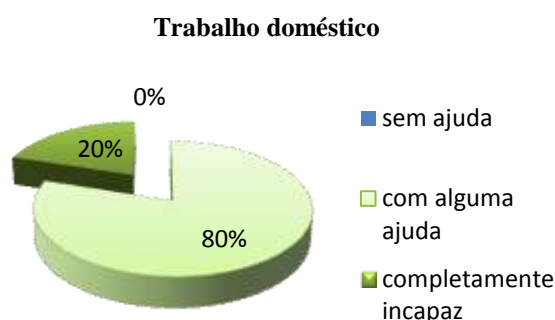


Gráfico 9 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao trabalho doméstico

Verificamos que 20% dos idosos, sente que é completamente incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico. No entanto, 80% dos mesmos necessita de alguma ajuda. As ajudas que recebem assentam em ajudas privadas (empregadas), em membros da família, em amigos ou vizinhos e em ajudas públicas (serviço de uma instituição da área de residência).

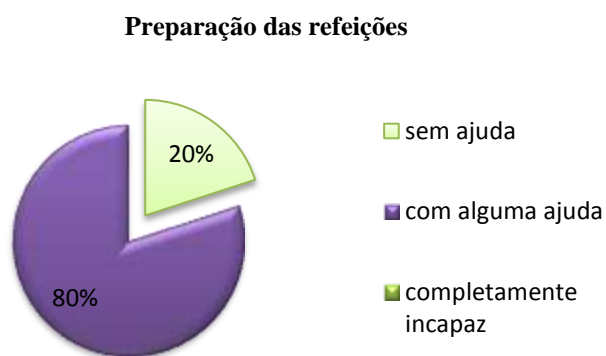


Gráfico 10 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à preparação das refeições

Pelo que verificamos, 80% dos idosos necessita de alguma ajuda para preparar as refeições. Os restantes 20% não necessitam de ajuda para as preparar. Nenhum dos respondentes, 0%, se considera completamente incapaz de preparar refeições.

As ajudas que recebem maioritariamente assentam em, ajuda privada (empregada) e ajuda pública (instituição).

Segundo Rodrigues (2003), 39,8 % dos idosos inquiridos era completamente incapaz de preparar as refeições, sendo que apenas 38,5% dos inquiridos não necessitava de ajuda.

Os restantes 21,8% dos idosos inquiridos necessitavam de alguma ajuda na preparação das refeições, essas ajudas eram maioritariamente de ajuda pública.

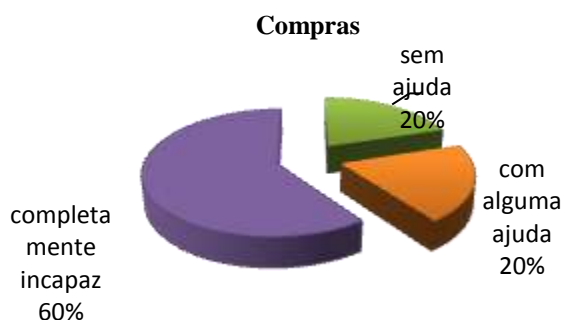


Gráfico 11 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao deslocar-se para ir às compras

Observando o gráfico anterior, constatamos que completamente incapaz de ir às compras é a resposta que reúne maior percentagem 60%, seguindo-se de, sem ajuda e com alguma ajuda, de igual percentagem 20%.

Em relação às ajudas, constatei que estes idosos apoiam-se em ajuda privada (empregada) ou membro da família.

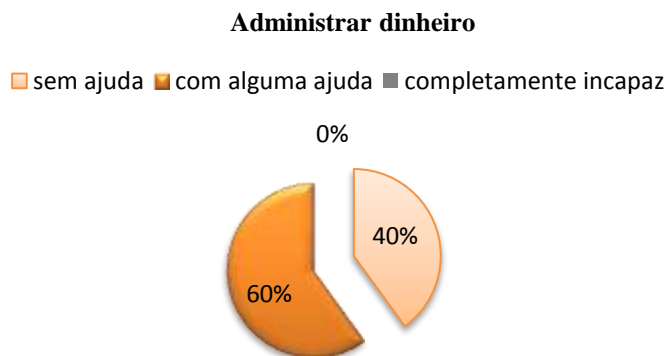


Gráfico 12 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à capacidade em administrar dinheiro

Questionados acerca da capacidade para administrar o dinheiro, a maior percentagem de idosos respondeu-nos fazê-lo com alguma ajuda 60% e 40 % não necessita de ajuda. Nenhum dos respondentes se sente completamente incapaz de o fazer.

No que se refere às ajudas utilizadas pelos idosos estas assentam maioritariamente em ajudas dadas por membros da família ou amigo ou vizinho.

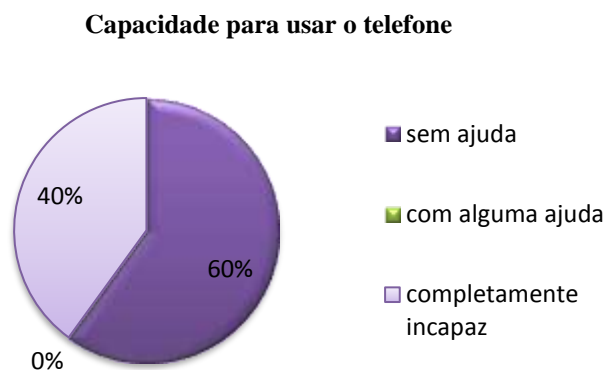


Gráfico 13- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à capacidade para usar o telefone

Constatamos que a maior parte dos idosos, 60% não necessita de ajuda. No entanto, são 40% os que são completamente incapazes de usar o telefone.

Os idosos que não conseguem utilizar o telefone recorrem a ajuda de amigo ou vizinho e outra.

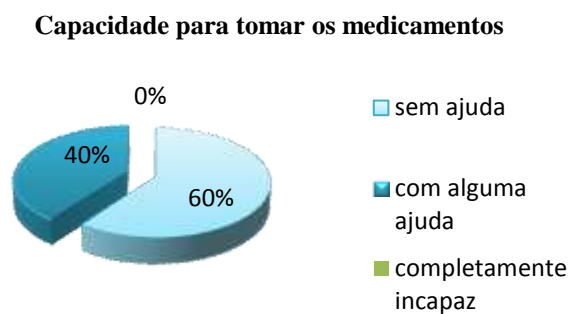


Gráfico 14 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da capacidade para tomar os medicamentos

O gráfico anterior revela-nos que a maioria dos idosos toma os medicamentos sem ajuda (60%), 40% necessita de alguma ajuda e nenhum dos respondentes é Completamente incapaz.

Nos idosos que não conseguem tomar medicamentos, a ajuda é assegurada por amigo ou vizinho e outra.

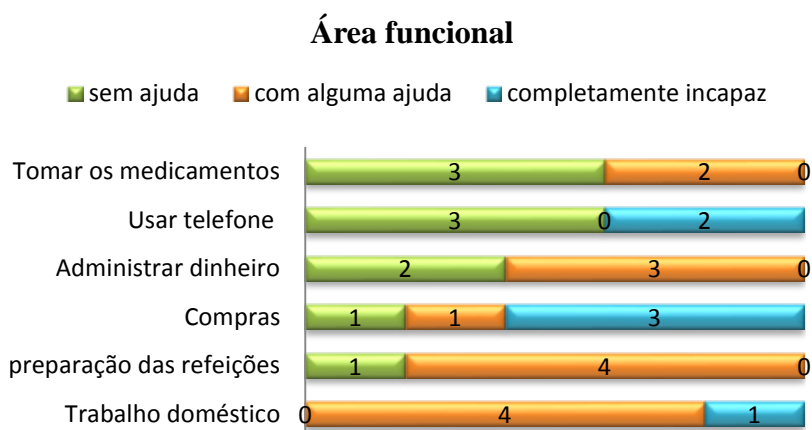


Gráfico 15 - Distribuição numérica dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da área funcional

A análise do gráfico resumo permite-nos concluir que os idosos vivem sem ajuda para: usar o telefone (3 idosos); tomar medicamentos (3 idosos); administrar o seu dinheiro (2 idosos); fazer compras (1 idoso); preparar as refeições (1 idoso) e fazer o trabalho doméstico (0 idosos).

Necessitam de Alguma ajuda na realização do trabalho doméstico (4 idosos); nas compras (1 idoso); para administrar o seu dinheiro (3 idosos); para tomar medicamentos (2 idosos); para preparar refeições (4 idosos) e para usar o telefone (0 idosos).

Sentem-se Completamente incapazes de realizar o trabalho doméstico (1 idoso); preparar as refeições (0 idosos); fazer compras (3 idosos); administrar dinheiro (0 idosos); usar o telefone (2 idosos) e tomar medicamentos (0 idosos).

Tal como referimos anteriormente, a pontuação mínima deste parâmetro é 0 e corresponde ao grau máximo de autonomia e a pontuação máxima é de 23, o que corresponde ao grau máximo de dependência. Assim, podemos afirmar que a percepção da autonomia varia entre os níveis do autónomo e dependência reduzida.

No estudo realizado por Silva *et al* (2006) os maiores níveis de dependência foram observados nas actividades de vida diária nos doentes institucionalizados.

Caracterização da Mobilidade

Nesta área caracteriza-se a mobilidade (questões 14 a 19) – avaliam-se as dificuldades ou incapacidades dos idosos no desempenho de certas tarefas, bem como os apoios que recebe. Este parâmetro é uma das componentes da avaliação da incapacidade física e é avaliada em diferentes actividades, que obrigam o idoso a deslocar-se só ou com ajudas. O instrumento prevê cotações díspares em cada situação, que pensamos estarem relacionadas com o grau de incapacidade que determina. Os níveis óptimos cuja pontuação mínima é zero e os níveis de maior incapacidade, que tem como pontuação máxima quarenta e um.

Sair de casa e caminhar na rua

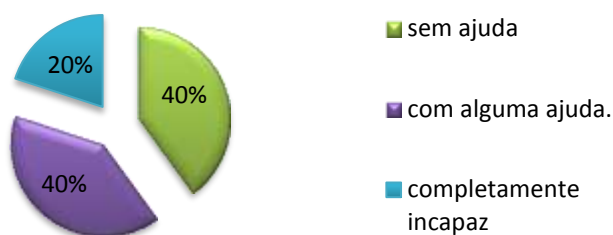


Gráfico 16 - Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação de sair de casa e caminhar na rua

A avaliação desta actividade revelou que 40% dos idosos sai de casa e caminha na rua Sem ajuda; no entanto, se analisarmos os outros valores, constatámos que (20%) está Completamente incapaz de sair e que 40% o faz Com alguma ajuda.

Dos idosos que necessitam de ajuda, a maioria recebe ajuda de um Membro da família e na categoria Outra os idosos indicaram o uso de bengala, canadiana ou agarrada a alguém.

Movimentar-se dentro de casa

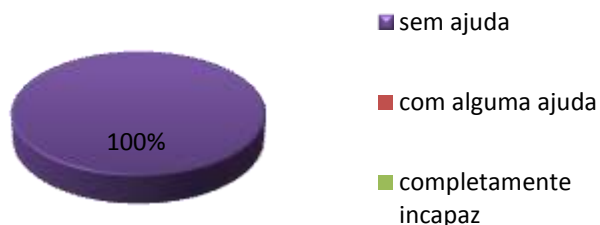


Gráfico 17- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao movimentar-se dentro de casa

Os idosos na sua totalidade (100%) movimentam-se dentro de casa sem ajuda.

subir e descer escadas

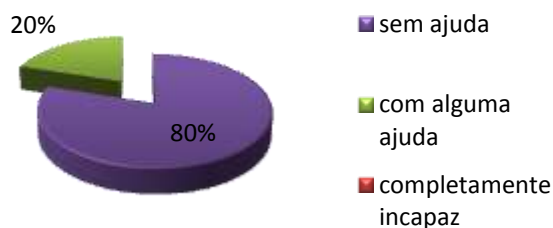


Gráfico 18- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao subir e descer escadas

Estes dados revelam que 80% dos idosos sobe e desce escadas sem ajuda, 20% necessita de Alguma ajuda e nenhum (0%) se sente incapaz de o fazer.

Em relação às ajudas o item outra foi o seleccionado por um único doente o que nos leva a concluir que os idosos desenvolvem estratégias de manutenção da sua autonomia (canadianas).

Deslocar-se da cama para a cadeira

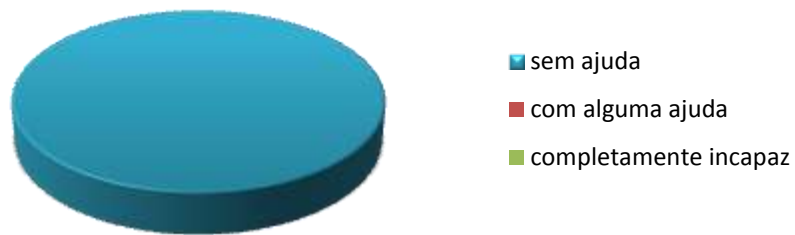


Gráfico 19- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao deslocar-se da cama para a cadeira

A totalidade da amostra (100%) não apresenta dificuldade em deslocar-se da cama para a cadeira.

No estudo de Pereira *et al* (2003), 42,86% dos idosos institucionalizados inquiridos apresentavam dificuldade em deslocar-se da cama para a cadeira, este estudo diverge do NOSSO.

Utilizar a sanita ou a cadeira sanitária

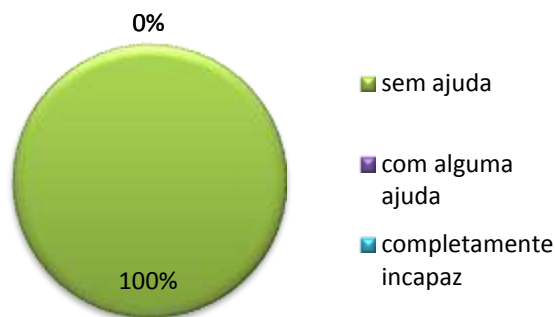


Gráfico 20- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao utilizar sanita ou cadeira sanitária

A observação dos dados anteriores dá-nos conta do número de idosos que se mantém sem ajuda a este nível. Assim sendo, todos os inquiridos (100%) são autónomos no uso da sanita ou cadeira sanitária.

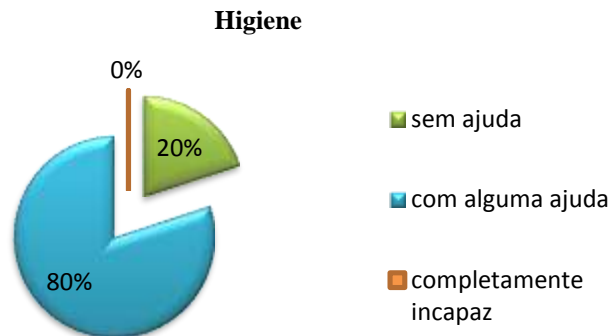


Gráfico 21- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente aos cuidados de higiene

Os idosos maioritariamente (80%) necessitam de alguma ajuda para tratar da sua higiene, os restantes 20% não necessita de ajuda.

È de salientar que faz parte das regras desta instituição a supervisão dos idosos no seu auto-cuidado de higiene, razão pela qual 80% referem ajuda de auxiliar da instituição para a higiene. Não se deve na totalidade à dificuldade de mobilidade.

Segundo Silva *et al* (2003), num estudo realizado a idosos institucionalizados, 67,44% não necessitam de ajuda no auto cuidado de higiene, apenas 2,33% desses idosos necessita de alguma ajuda na higiene e 30,23% é completamente dependente.

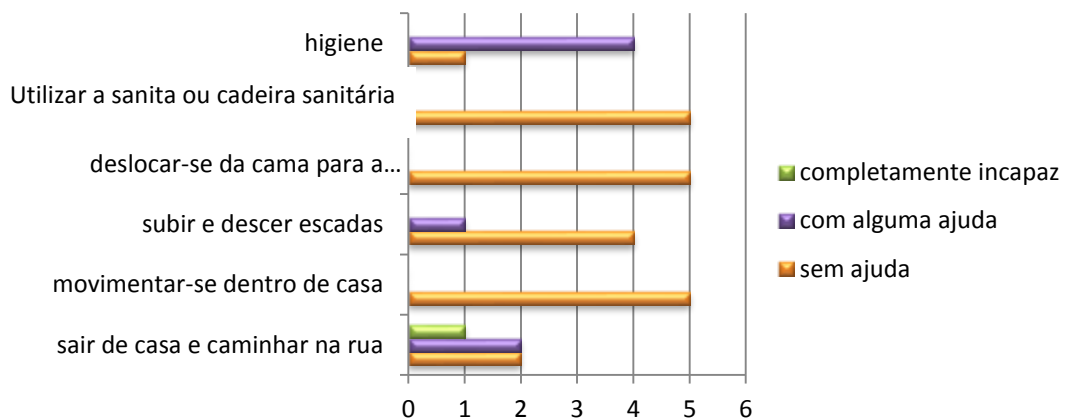


Gráfico 22- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à avaliação da Mobilidade

A análise do gráfico resumo permite-nos concluir que os idosos vivem sem ajuda para: sair de casa e caminhar na rua (2 idosos); movimentar-se dentro de casa (5 idosos); subir e descer escadas (4 idosos); deslocar-se da cama para a cadeira (5 idosos); utilizar a sanita ou a cadeira sanitária (5 idosos) e na higiene (1 idoso).

Necessitam de alguma ajuda no sair de casa e caminhar na rua (2 idosos); subir e descer escadas (1 idoso) e na higiene (4 idosos).

Sente-se completamente incapaz de sair de casa e caminhar na rua (1 idoso).

Tal como referimos anteriormente, a pontuação mínima deste parâmetro é 0 e corresponde ao grau máximo de autonomia e a pontuação máxima é de 41, o que corresponde ao grau máximo de maior incapacidade. Assim, podemos afirmar que a percepção da mobilidade é reduzida, indo ao encontro do estudo realizado por Sousa *et al* (2003) onde se conclui que a mobilidade apresenta valores bastante bons.

Caracterização das Actividades de Cuidados Pessoais

Actividades de cuidados pessoais (questões 20 a 22) – avaliam-se as dificuldades e/ou as incapacidades no desempenho de actividades de cuidados pessoais e agentes de apoio. Sendo que a pontuação mínima é de 0 e a máxima (total incapacidade) é de 19.

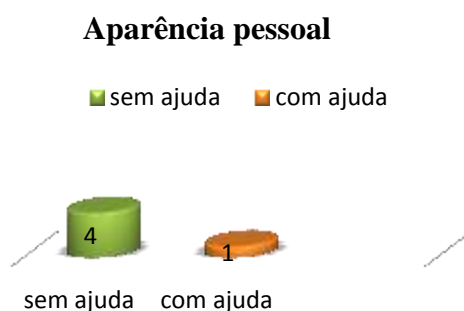


Gráfico 23- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à aparência pessoal

Da observação do gráfico anterior, constata-se que 80%, dos idosos, cuida da sua aparência pessoal sem ajuda. Os restantes, (20%), fazem-no com ajuda. Dados

semelhantes aos obtidos no estudo realizado por Rodrigues (2003) em que 85, 1% dos idosos cuidavam da sua aparência pessoal sem ajuda e 14, 9% necessitam de ajuda.

Ao contrário do estudo realizado por Rodrigues (2003), em que a ajuda recebida pelos idosos era maioritariamente ajuda pública, neste estudo, a ajuda que os idosos recebem com mais frequência é por parte da auxiliar da instituição (outra).

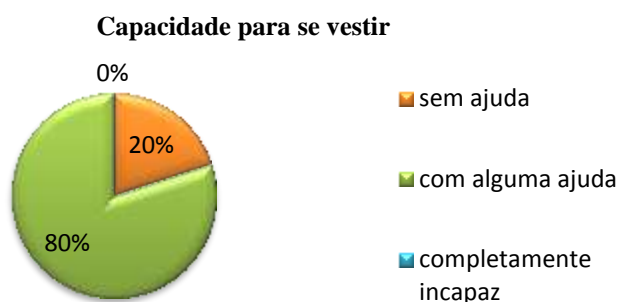


Gráfico 24- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à capacidade para se vestir

Veste-se sem ajuda 80% dos idosos e com alguma ajuda 20%. Pode concluir-se também que neste estudo não existem idosos completamente incapazes de se vestir, já no estudo realizado pela autora supramencionada, 8,0% apresentam essa incapacidade.

Os idosos recebem ajuda por parte da auxiliar da instituição (outra), ao contrário do estudo realizado por Rodrigues (2003) em que os idosos recebem maioritariamente ajuda pública.

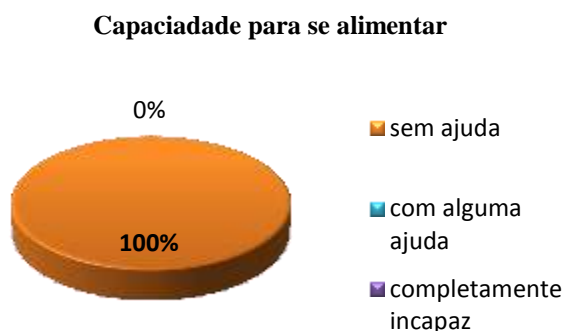


Gráfico 25- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente à capacidade de se alimentar

Na observação do gráfico constatamos que a totalidade (100%) dos inquiridos não necessita de ajuda para se alimentar. É de salientar que são dados bastante positivos tendo em conta a idade da amostra seleccionada.

Quadro 2- Distribuição numérica dos idosos inquiridos relativamente à avaliação dos cuidados pessoais

	Idoso 1	Idoso 2	Idoso 3	Idoso 4	Idoso 5
Aparência pessoal	0	0	5	0	0
Capacidade para se vestir	3	3	3	3	0
Capacidade para de alimentar	0	0	0	0	0
Total	3	3	8	3	0

A análise do quadro anterior indica-nos que os idosos são autónomos (pontuação máxima é de 8), uma vez que a pontuação mínima é de 0 e a máxima de 19, como já foi dito anteriormente. Segundo Sousa et al (2003) “trata-se de um grupo que não demonstra incapacidades em nenhuma das áreas consideradas”.

Caracterização do Controlo Esfincteriano

Controlo esfincteriano (questões 23 e 24) – avaliam-se capacidades de controlo esfincteriano e identificam-se os problemas e tipos de ajuda. Avalia-se o funcionamento vesical e intestinal em três níveis, tendo o primeiro a cotação de 0 pela ausência do problema; o segundo nível tem uma cotação de 6 e corresponde a problemas ocasionais

e o terceiro nível, que representa problemas frequentes, tem a cotação de 8 para o funcionamento da bexiga e 9 para o funcionamento intestinal. Assim, a pontuação máxima deste parâmetro, que entra também na avaliação da incapacidade, é 17.

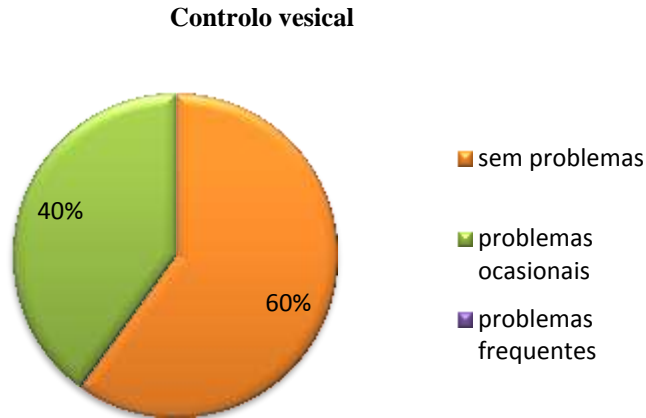


Gráfico 26- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao controlo vesical

Quanto à capacidade de controlo vesical, constatámos que 60% dos idosos refere estar sem problemas a este nível. Já 40% referem problemas ocasionais e nenhum apresenta problemas frequentes.

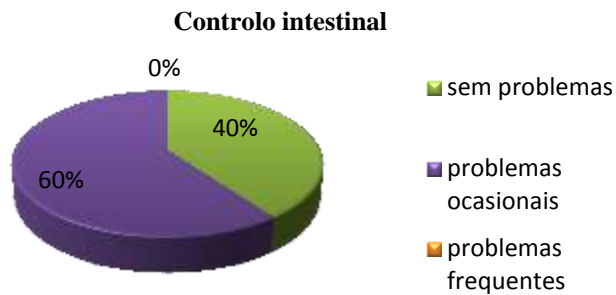


Gráfico 27- Distribuição percentual dos idosos inquiridos relativamente ao controlo Intestinal

O controlo intestinal sem problemas é a resposta de 40% dos idosos. No entanto, 60% tem problemas ocasionais.

Relativamente às ajudas os idosos recebem ajudas de outra ou de membros da família. É de salientar ainda que alguns usam protecção absorvente (fraldas) para problemas ocasionais.

Os problemas de controlo vesical e intestinal, aparecem de igual modo na amostra, nenhum dos inquiridos refere ter problemas frequentes nestas áreas.

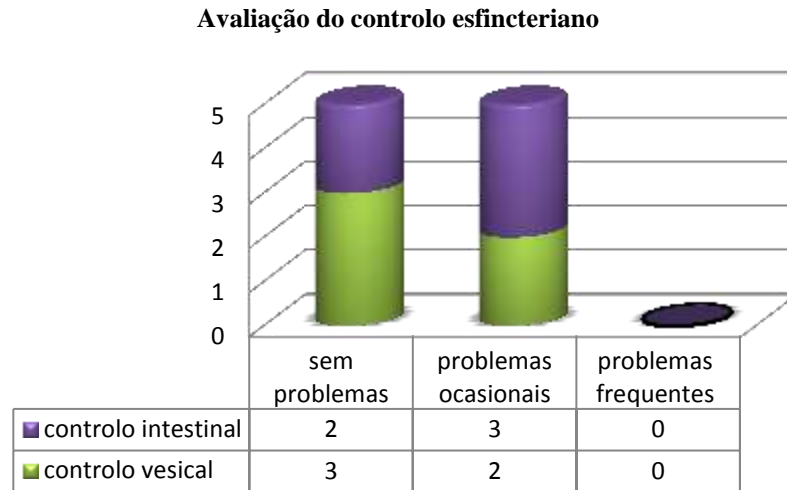


Gráfico 28 - Distribuição numérica dos idosos inquiridos relativamente à avaliação do controlo esfinteriano

Quadro 3- Pontuação de controlo esfinteriano

	Controlo vesical	Controlo intestinal	Total (máximo 17)
Idoso 1	6	6	12
Idoso 2	6	6	12
Idoso 3	0	6	6
Idoso 4	0	0	0
Idoso 5	0	0	0

Da leitura do quadro concluímos que os idosos têm funcionamento vesical e intestinal moderadamente alterado, uma vez que a pontuação máxima obtida é de 12, num total 17.

Caracterização do Estado Depressivo

Escala geriátrica de depressão (questões 25 a 28) – pretende-se detectar sintomas de depressão nas pessoas idosas e iniciar uma avaliação mais detalhada. Indica sintomas de depressão a pontuação de 4 e sem sintomas a pontuação é de 0.

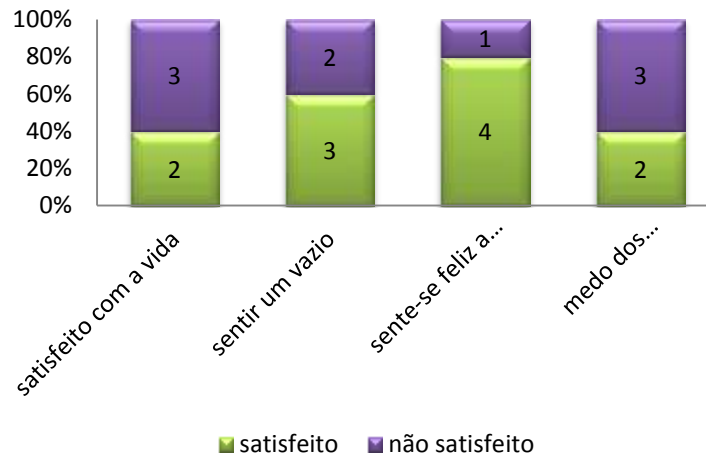


Gráfico 29- Distribuição numérica e percentual dos idosos inquiridos relativamente à depressão

O gráfico anterior permite-nos afirmar que 4 idosos sentem-se felizes a maior parte do tempo; 2 idosos estão satisfeitos com a vida; 3 idosos não sentem a vida como um vazio e 2 idosos não receiam que lhes aconteça algo de mau.

Os itens, satisfação com a vida e medo dos acontecimentos, constituem a maioria das situações de insatisfação já que, pela leitura do gráfico, constatámos a existência de 3 idosos nessa situação. Os restantes parâmetros de avaliação de quadros depressivos são inferiores aos seus estados opostos, mas ainda reúnem números consideráveis, isto é, 2 idosos sentem a vida como um vazio e 1 idoso sente-se infeliz a maior parte do tempo.

Quadro 4- Distribuição numérica e percentual dos idosos inquiridos relativamente à pontuação da depressão

Depressão	Valor	Número	%
	0	0	0
	1	2	40
	2	2	40
	3	1	20
	4	0	0
Total		5	100

O quadro anterior resume as pontuações relativas a estados depressivos e a sua observação levamos a concluir que a situação é extremamente inquietante, já que a maioria dos idosos exhibe sinais de depressão (80%). Nenhum idoso apresenta valores normais preconizados no EASY

care. Se considerarmos que basta reunir um ponto para se considerar um sinal de alerta, então estamos perante um grupo tendencialmente deprimido e com necessidade de intervenção.

O estudo realizado na Uberlândia, por Silva *et al* (2003) diverge do nosso, apenas 31,4% dos idosos institucionalizados apresentam sinais de depressão.

Caracterização das Capacidades Cognitivas

Teste de diminuição cognitiva – este teste tem como finalidades prevenir e detectar estados de demência e validar as respostas anteriores, caso se verifique a presença de uma diminuição cognitiva significativa. Inclui uma sequência de perguntas que já referimos e que têm uma determinada pontuação e ponderação atribuídas, bem como o erro máximo possível. O resultado final é considerado normal ou indica uma diminuição ligeira quando a pontuação final se situa entre 0 a 10 pontos. Um resultado final de 11 a 28 sugere diminuição de moderada a grave.

Quadro 5- Distribuição numérica e percentual dos idosos inquiridos relativamente à pontuação das capacidades cognitivas

Capacidades cognitivas	Valor	Número	%
Normalidade ou diminuição ligeira ↓ Diminuição de moderada a grave	0	1	20
	1	1	20
	5	1	20
	12	1	20
	16	1	20
	28	0	0
Total		5	100

Tendo como base os parâmetros pré-estabelecidos na escala utilizada, ao observarmos o quadro anterior concluímos que cerca de 60% dos idosos, apresentam o teste cognitivo normal ou com uma diminuição ligeira. Em menor percentagem, 40%, apresentam o teste cognitivo numa diminuição moderada a grave.

Num estudo realizado na Universidade de Aveiro em 2003 conclui que 10,2% dos idosos apresentavam diminuição cognitiva moderada a grave (numa amostra de 1665 idosos 311 foram excluídos por incapacidade de expressar opiniões). (Sousa *et al*, 2003, p.7)

3.3 Sugestões de Melhoria de Qualidade de Vida

Como foi referido na apresentação do EASYcare, na sua parte final estão contidas duas questões abertas em que se pretende reunir *sugestões com vista à melhoria de qualidade de vida*, bem como os *objectivos futuros e tempo da sua concretização*.

As duas questões foram sujeitas a análise de conteúdo e agrupadas em categorias, sub-categorias e unidade de registo, tendo como referencia a revisão bibliográfica efectuada e os objectivos de investigação.

As respostas obtidas foram agrupadas e colocadas em quadros para uma melhor leitura e organização.

Relativamente à questão “*Se alguma coisa puder ser feita para as coisas melhorarem para si, o que é que deve ser feito?*”, obtivemos respostas que agrupámos em categorias e sub-categorias, como descrito anteriormente.

Quadro 6- Condições de melhoria de qualidade de vida

Categorias	Sub-categorias	Unidades de registo
Saúde	Individual	“... ter saúde para mim...” E1 “... comprar uns dentes” E3
	Familiar	“... e saúde para o meu marido...” E1
	Autonomia	“... andar na rua sozinha...” E1 “... ter liberdade” E2
Situação financeira	Vida mais digna	“... ter dinheiro comigo, 5€ já me chegavam” E4 “... ganhar dinheiro outra vez...” E2
Ocupação dos tempos livres	Trabalhos manuais	“... voltar a pintar os meus quadros...” E2
Bem-estar	Auto realização	“... continuar a ir tomar o meu cafezinho” E5
	Companhia	“... continuar a sair como meu filho ao domingo.” E5
Contexto de vida	Família	“... viver com o meu marido...” E1 “... ter a mulher de volta” E3 “... fazer as pazes com um filho meu.” E5
	Temporal	“... voltar atrás no tempo.” E2 “... estou aqui à espera da morte” E3
	Habitação própria	“... ir viver com o meu marido” E1

Numa primeira análise, é de realçar a importância atribuída pelos idosos às questões de saúde, seguida das preocupações económicas, bem-estar, relacionamento familiar, contextos de vida e ocupação dos tempos livres.

Com a leitura dos seus discursos permitiu-nos tomar consciência dos seus desejos e preocupações.

A saúde individual é assumida por alguns idosos como um valor máximo, reconhecendo-a como algo necessário para a sobrevivência.

Foram muitos os idosos que manifestaram enormes preocupações relacionadas com situações que vivem de diminuição de capacidade ou mesmo doença, nomeadamente com a mastigação.

Nos seus discursos estão bem visíveis as preocupações com a saúde do cônjuge.

A categoria situação financeira emergiu das opiniões dos entrevistados e subdivide-se no desejo de terem dinheiro no bolso, para se sentirem mais úteis, nem que tivessem de trabalhar para voltarem a ser remunerados.

Em grande parte desta população, era notório o sentimento de solidão e de desejo de companhia, apesar de permanecerem na instituição onde a solidão não deveria aparecer, estes idosos mantêm o desejo da presença do conjugue e da família (filhos) e dos passeios com os familiares em dias determinados, esperam ansiosos por esses dias.

Permanecer na sua habitação com o conjugue, ainda que em condições nem sempre desejáveis, devido às suas limitações é a vontade que alguns idosos apresentam.

Apesar da permanência no lar, estes idosos expressam o desejo de voltar à vida que tinham, que passa pela permanência na sua casa e a melhoria de algumas relações com familiares.

A perda do cônjuge e as saudades dos que já partiram estão bem presentes nas suas palavras, como podemos aferir nas expressões do quadro supra referido.

Durante a realização das entrevistas, confrontamo-nos frequentemente com situações constrangedoras e difíceis de gerir, de profundo desgosto e desinteresse pela vida. Esperar a morte é, em alguns idosos, o único objectivo de vida.

Um dos idosos entrevistados manifestou o desejo de continuar a trabalhar, para não ser tão inútil e ainda ter motivo para viver.

Muitos destes idosos mostraram o interesse por manter a independência e a autonomia que possuíam até serem institucionalizados. Como refere (Abreu *cit. in* pereira et al, 2003), “ter autonomia é poder executar independentemente e satisfatoriamente suas actividades do dia a dia, continuando as suas relações e actividades sociais (...).”

Analisando as respostas dadas pelos idosos entrevistados acerca do que seria uma melhoria da sua qualidade de vida, faz-nos concluir que estão vivos por estarem asseguradas as necessidades básicas (alimentação, abrigo e higiene). As necessidades de ordem social e auto-estimas estão muitas vezes abaladas. É mais a adaptação destes idosos às rotinas do lar, o conformismo do dia a dia, muitas vezes suportadas pela religiosidade.

O estudo de Silva (2006) diverge com o nosso estudo no que diz respeito aos indicadores de qualidade de vida, os idosos inquiridos referem que ter boas condições familiares, ser aceite, independência financeira, sentimento de liberdade e autonomia são bons indicadores de qualidade de vida, os nossos idosos referem como razoável/muito boa qualidade de vida a presença das necessidades básicas de vida, todos os outros factores como, integração social, liberdade e independência financeira estão muitas vezes ausentes.

3.4 Objectivos e perspectivas no futuro

Na segunda questão aberta procurámos saber se os idosos tinham *objectivos em vista e qual o prazo para a sua concretização*.

Ao tratarmos esta questão deparamo-nos muitas vezes que estas respostas se misturavam com a pergunta anterior. Contactámos ainda que os seus objectivos, quando presentes, eram a curto prazo, realização imediata. Feita a análise dos seus discursos verificamos a existência de idosos sem objectivos de vida e resignados com ela:

“ não tenho objectivos, aqui não dá para os ter” (E2); “ não tenho objectivos nesta altura da vida” (E5); “não tenho nenhum”(E3.)

Mas no entanto ainda há idosos, que com as suas crenças ainda se sentem realizados com a vida e têm esperanças numa vida melhor:

“ estou aqui à espera do governo de Deus” (E4); “o que me vale á a fé” (E4); “ ter saúde é o que quero” (E1); “ não ter limitações para viver”(E1).

Ler foi uma das actividades de carácter cognitivo que faz parte dos objectivos de um idoso e que contribui para se manter activos na vida para passar os tempos livres:

“ gosto de ler, mantém-me activa”(E5).

Uma vez mais se constata a falta de expectativas de futuro para estes idosos e a falta de interesse de viver, uma vez institucionalizados perdem a liberdade e as oportunidades de vida.

IV- Conclusão

Terminada a realização do estudo, é importante reflectir sobre questões relacionadas com o processo de investigação.

Tendo em conta os objectivos em estudo, delineados no início do projecto, podemos concluir que estes foram atingidos.

Relativamente à avaliação da incapacidade física, as respostas destes idosos indicaram que não apresentam dificuldade ou apresentam alguma dificuldade nos seguintes parâmetros: capacidade de ser compreendido, mastigação, audição e visão.

Quando os idosos foram inquiridos acerca da avaliação da qualidade de vida a percepção destes inquiridos varia entre os níveis do razoável e do muito bom. Deste modo, a maioria considera o nível de saúde razoável, sente-se “sempre” e “frequentemente” sozinhos e considera a habitação onde reside boa, sendo estes os parâmetros que avaliam a qualidade de vida.

Os idosos quando questionados sobre algumas actividades de vida diária, relativamente à área funcional, apresentam um moderado grau de dependência. As ajudas partem maioritariamente da instituição em causa.

Quando confrontados com questões que caracterizam a mobilidade, podemos afirmar que a totalidade dos idosos não necessita de ajuda para movimentar-se dentro de casa, deslocar-se da cama para a cadeira e utilizar a sanita ou a cadeira sanitária. Numa percentagem de 40% destes idosos, necessitam de ajuda para sair de casa e caminhar na rua, estas ajudas partem, ou de meios auxiliares de marcha (canadianas) ou de um membro da família. É de realçar que 20% dos idosos se sentem completamente incapazes de sair de casa e caminhar sozinhos. No auto cuidado de higiene a maioria necessita de ajuda para a higiene, e estas ajudas partem de auxiliares da instituição.

No que se refere à avaliação dos cuidados pessoais estes idosos são autónomos, apenas 20% necessita de alguma ajuda para tratar da sua aparência pessoal e 60% necessita de alguma ajuda para se vestir.

Quando questionados sobre a escala geriátrica de depressão, 80% dos idosos inquiridos exibem sinais de depressão. Constatamos, então, estar perante um grupo com sinais de depressão e com necessidade de intervenção.

É de realçar que quanto à caracterização das capacidades cognitivas, 60% dos idosos pertencentes a esta instituição apresentam teste cognitivo normal ou com uma diminuição ligeira.

Quando confrontados com a pergunta *Se alguma coisa puder ser feita para as coisas melhorarem para si, o que é que deve ser feito?*, as suas respostas basearam-se na saúde, nas preocupações económicas, no bem estar, no relacionamento familiar, nos contextos de vida e na ocupação dos tempos livres.

Confrontados com a questão se tinham *objectivos em vista e qual o prazo para a sua concretização*, os idosos maioritariamente, afirmaram não ter objectivos.

Na elaboração deste trabalho sentimos algumas dificuldades pois existia pouca experiência e disponibilidade para a sua realização, porém, foi bastante enriquecedora em termos académicos, profissionais e pessoais.

Como já foi referido, pensa-se ter-se atingido os objectivos propostos no início do estudo tanto académicos como os de investigação.

Bibliografia

Almeida, L. B. (2006). *A idade não perdoa? O Idoso à luz da neurologia Gerontológica*. Lisboa, Gradiva.

Álvarez et al. (1998). Calidad de vida en al vejez. *Gerokomos*, v.9, n.3 Agosto, p.107-112.

Costa, M. A. M. et al (1999). *O Idoso – Problemas e Realidades*. Coimbra, FORMASAU – Formação e Saúde Lda.

Couvreur, C. (2001). *A qualidade de vida. Arte para viver no século XXI*. Lisboa. Lusociência.

Dicionário de Psicologia, Editora Oceano, 1999, p.301.

Ermida, J.G. (1999). Processo de Envelhecimento. In: Costa, M. A et al. *O idoso – problemas realidades*. Coimbra, Saúde, pp. 45-53.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à Realização*. Lisboa, Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa, Lusociência .

Garrido et al. (2003). Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitárias de Madrid, p.285.

Giddens, A. (1997). *Sociologia*. 2ª edição. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Gleitman, H., Fridlund, A.J., Reisberg, D. (2003), *Psicologia*, 6ª edição Lisboa, Fundação Colouste- Glubenkian.

Instituto Nacional de Estatística. (2001). Envelhecimento em Portugal. [Em linha]. Disponível em [http. // www.INE.pt](http://www.INE.pt). [consultado em 02/12/10].

Jimenez, M. (1997), *A Psicologia da percepção*, Biblioteca básica de ciência e cultura.

Larizzatti, M., F. (2005). *Lazer e recreação para o turismo*. Rio de Janeiro. Sprint.

Lidz, T. (1983). *A pessoa – seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre. Artes médicas.

Lobo, I. (2006). Padrão de Actividade Física Diária dos Idosos Institucionalizados. *Revista de investigação de enfermagem* (18/ Junho), p. 16-19.

Melão, L. M. S. G. (1999) Envelhecimento – Que realidade?. *Geriatrics*, nº18, Julho/Setembro, pp.19-23.

Neri, A. L. (1993). Qualidade de vida e idade madura. Universidade Estadual de Campinas, Papirus, pp.9-55.

Netto, M. e Salles, R. (2001). *Fisiologia do envelhecimento*. Aspectos fundamentais. In: Urgências em Geriatria. São Paulo, Atheneu, p.1.

Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto, Legis Editora, p. 89-100.

Paúl, Maria Constança. (1992). Satisfação de vida em idosos: *Análise Psicológica*, pp. 61-68.

Queirós, A. A. (2001). A Enfermagem da família e os idosos em Portugal.

Quintas, F. A. M., (2008), *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em lar de terceira idade*, Projecto de Graduação, Universidade Fernando Pessoa.

Rodrigues, J. (2003). Tese de mestrado. Universidade de Santiago de Compostela.

Silva, T., Rezende, C. (2006). Avaliação transversal da qualidade de vida de idosos participantes de centros de convivência e institucionalizados por meio de questionário genérico whoqol-Bref. [em linha]. Disponível em <https://www.portalsaudebrasil.com/artigos/artigo0006.pdf> [consultado em 13.11.2010].

Sousa, L., Galante, H., Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de saúde pública*. 37(3), pp. 1-9.

Tomaz, C., Brito-Melo, F., Pinheiro, L., Costa, M. (2002). Dar e receber na terceira idade, Viana do Castelo, Ofilito- Litográfica Lda, pp. 26-36.

World health Organization (2001), *Men ageing and health, achieving health across the life span*. [Em linha]. Disponível em http://search.who.int/search?q=elderly+definition&spell=1&ie=utf8&site=default_collection&client=_en&proxystylesheet=_en&output=xml_no_dtd&access=p&lr=lang_en [consultado em 25/01/2011]

Anexos