

Daniela Filipa Morais Moreno

**POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE PARA OS IDOSOS**

***Análise das práticas institucionais em contexto rural e urbano***

*Estudo de caso*

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação – Especialização em Educação Social

Trabalho realizado sob a orientação do Professor Doutor Arthur Moreira da Silva Neto e da Professora Doutora Luísa Reis Lima

Departamento de Ciências da Educação e do Património

Fevereiro, 2013



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE



## Anexo 1 - **DECLARAÇÃO**

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

Nº. do BI/CC: \_\_\_\_\_ Tel/Telem.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Curso de Doutoramento/Mestrado em \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Título da tese / dissertação

Orientador (es):

**Declaro, para os devidos efeitos, que concedo, gratuitamente, à Universidade Portucalense Infante D. Henrique, para além da livre utilização do título e do resumo por mim disponibilizados, autorização, para esta arquivar nos respetivos ficheiros e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu repositório institucional, o trabalho supra-identificado, nas condições abaixo indicadas:**

[Assinalar as opções aplicáveis em 1 e 2]

**1. Tipo de Divulgação:**

- Total.  
 Parcial.

**2. Âmbito de Divulgação:**

- Mundial (Internet aberta)  
 Intranet da Universidade Portucalense.  
 Internet, apenas a partir de  1 ano  2 anos  3 anos – até lá, apenas Intranet da UPT

**Advertência:** O direito de autor da obra pertence ao criador intelectual, pelo que a subscrição desta declaração não implica a renúncia de propriedade dos respetivos direitos de autor ou o direito de a usar em trabalhos futuros, os quais são pertença do subscritor desta declaração.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Porto, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ***Envelhecer***

*Entra pela velhice com cuidado,  
Pé ante pé, sem provocar rumores  
Que despertem lembranças do passado,  
Sonhos de glória, ilusões de amores.*

*Do que tiveres no pomar plantado,  
Apanha os frutos e recolhe as flores  
Mas lavra ainda e planta o teu eirado  
Que outros virão colher quando te fores.*

*Não te seja a velhice enfermidade!  
Alimenta no espírito a saúde!  
Luta contra as tibiezas da vontade!*

*Que a neve caia! O teu ardor não mude!  
Mantém-te jovem, pouco importa a idade!  
Tem cada idade a sua juventude.*

***Elisabeth Tavares (2007)***

## **AGRADECIMENTOS**

As palavras são sempre escassas para agradecer às pessoas que me apoiaram nesta caminhada. Agradeço:

Aos meus pais, irmão, avó e restantes familiares, por me terem apoiado sempre e confiarem nas minhas capacidades.

Ao Tiago Cunha, pelo companheirismo, amor, paciência e pelos incentivos que foi dando.

Aos meus orientadores, Doutor Arthur Moreira da Silva Neto e Doutora Luísa Reis Lima, pelo apoio e compreensão ao longo da orientação e pelas horas dedicadas ao acompanhamento deste trabalho.

Ao Centro Social e Paroquial do Romeu e ao Centro Social da Paróquia de Rio Tinto, por terem colaborado nesta investigação e pela forma com que me receberam.

Aos idosos que voluntariamente fizeram parte da amostra do estudo, agradeço os bons momentos partilhados ao longo da recolha de dados.

Às Diretoras Técnicas das instituições rural e urbana, que se prontificaram a colaborar neste estudo e pelo profissionalismo demonstrado.

À Alexandra Novais, Daniela Pontes e Vânia Almeida, pelos momentos partilhados.

A todos, o meu sincero obrigado!

## RESUMO

---

A temática estudada na presente Dissertação de Mestrado incidiu na análise das principais políticas de saúde aplicadas aos idosos na atualidade, com vista à promoção do envelhecimento ativo. O principal objetivo deste estudo de caso comparativo, foi perceber como é que as estratégias desenvolvidas a partir das políticas de saúde se repercutem na qualidade de vida e se atuam na prevenção de doenças, nos idosos institucionalizados em contexto rural e urbano.

Neste trabalho, foi utilizada como metodologia, a investigação mista. Para além da fundamentação teórica, esta investigação engloba dois estudos. O primeiro estudo foi realizado mediante técnicas qualitativas (entrevista) e o segundo estudo, perante técnicas quantitativas (inquérito por questionário). Todos os dados qualitativos e quantitativos desta investigação foram recolhidos em dois lares de idosos: um localizado em meio rural (Distrito de Bragança) e outro em meio urbano (Distrito do Porto). Para investigar esta temática, no estudo qualitativo, realizámos entrevistas com as Diretoras Técnicas de cada instituição estudada e no estudo quantitativo, inquirimos 32 idosos, 23 em contexto urbano e 9 em contexto rural, que colaboraram de forma voluntária na recolha de dados.

Os resultados obtidos com esta investigação mostraram que a autoperceção dos idosos relativamente à sua saúde, bem-estar e qualidade de vida é satisfatória em ambos os contextos estudados. Também o contributo de técnicos especializados, com o desenvolvimento de diversas atividades diárias, revelou influenciar na melhoria da qualidade de vida e preservação da saúde dos idosos estudados. Embora as instituições revelem colocar em prática de forma semelhante algumas políticas de saúde no quotidiano dos idosos, verificámos que é em contexto urbano onde as estratégias utilizadas revelam reflexos mais positivos na qualidade de vida e preservação da saúde dos idosos institucionalizados.

**Palavras – chave:** Envelhecimento ativo; Idosos Institucionalizados; Políticas de Saúde; Meio Rural; Meio Urbano; qualidade de vida.

---

## ABSTRACT

---

The subject studied in this Master's Thesis was based on the analysis of the main health policies currently applied to the elderly, in order to promote active aging. The main goal of this comparative study case was to see how the strategies developed from health policies have an impact on quality of life and work in the prevent of diseases in the institutionalized elderly in rural and urban context.

In this work, it was used mixed research as type of methodology. Beyond the theoretical foundation, this research includes two studies. The first study was conducted using qualitative techniques (interview) and the second study, with quantitative techniques (questionnaire survey). All qualitative and quantitative data from this research were collected in two nursing homes: one located in a rural area (District of Bragança) and other in an urban area (Porto District). To investigate this issue, on the qualitative study, were conducted interviews with the Managers of each institution studied and on the quantitative study there were inquired 32 elderly, 23 of them in the urban context and 9 of them in the rural context, in which they cooperate voluntarily in the data collection.

The results obtained from this research show that elderly auto-perception regarding their health, well-being and quality of life is quite satisfactory in both contexts studied. Also, the contribution of technical expertise, with the development of diverse daily activities, revealed influence on improving the quality of life and preservation of health of the elderly. Although the institutions put in place similarly health policies in the activities of daily lifes of the elderly, we confirm that it is in an urban context where the strategies used reveal reflexes more positives on the quality of life and preservation of health of institutionalized elderly.

**Key - words:** Active Aging; Institutionalized Elderly, Health Policy, Rural, Urban Environment; quality of life.

## SUMÁRIO

---

RESUMO	5
ABSTRACT	6
INTRODUÇÃO	14
PARTE 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
CAPITULO 1 - PRINCIPAIS POLÍTICAS DE SAÚDE E GERONTOLOGIA	19
1.1. O Envelhecimento Ativo: uma política de saúde	21
1.1.1. A importância da prática de atividade física como fator de saúde	23
1.1.2. Bom funcionamento cognitivo como fator de saúde	25
1.1.3. Alimentação Saudável	26
1.1.4. O sono	28
1.1.5. O lazer e a ocupação do tempo livre como fator de saúde	29
1.2. A adequação de cuidados às necessidades específicas dos seniores	31
1.3. Promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência	34
CAPITULO 2 - ENVELHECIMENTO	36
2.1. Envelhecer em contexto rural e em contexto urbano	38
2.2. O Fenómeno da institucionalização de idosos	40
2.3. Qualidade de vida, saúde e bem-estar do idoso institucionalizado	43
PARTE 2 – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	48
Pergunta de partida para os dois estudos	49
Objetivos dos estudos	50
Hipóteses do estudo quantitativo	51
Contextualização dos estudos	52
Metodologia	55
Investigação Mista - Qualitativa e Quantitativa	55
CAPITULO 3 - DESCRIÇÃO DO PRIMEIRO ESTUDO REALIZADO	57
3.1. METODOLOGIA QUALITATIVA	57
3.1.1. Descrição da entrevista semiestruturada	58
3.1.2. Procedimento	58
3.2. Discursos Estudados	59
3.3. Apresentação e análise dos resultados: entrevistas (análise qualitativa)	60
CAPÍTULO 4 – DESCRIÇÃO DO SEGUNDO ESTUDO REALIZADO	74
4.1. METODOLOGIA QUANTITATIVA	74
4.1.1. Mini Exame do Estado Mental (Pré-teste de Avaliação Cognitiva)	74
Descrição do Mini Exame do Estado Mental	75
Procedimento	76
4.1.2. Questionário	77
Descrição do questionário	77
Procedimento	78
4.2. Amostra	79

4.3. Apresentação e análise dos resultados: questionário (análise quantitativa)  
81

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS DOS DOIS ESTUDOS REALIZADOS ____	114
5.1. Verificação das hipóteses do estudo quantitativo _____	123
CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	134
ANEXOS _____	139
Anexo 1- Pedido de colaboração no estudo (instituições) _____	140
Anexo 2 – Consentimento informado _____	143
Anexo 3- Mini-Exame do Estado Mental _____	144
Anexo 4 – Questionário aplicado aos idosos _____	148
Anexo 5 – Entrevista Semiestruturada _____	156

## **INDICE DE ANEXOS**

Anexo 1. Pedido de colaboração no estudo (Direção das instituições)

Anexo 2. Consentimento informado para os idosos (contexto rural e urbano)

Anexo 3. Mini-Exame do Estado Mental

Anexo 4. Questionário aplicado aos idosos

Anexo 5. Entrevista (Diretoras Técnicas das instituições)

## INDICE DE TABELAS

Tabela 1. Elementos de caracterização dos entrevistados e equipa técnica das instituições _____	60
Tabela 2. Balanço da experiência do trabalho com idosos _____	61
Tabela 3. Caracterização dos idosos pelas entrevistadas (Diretoras Técnicas) _____	62
Tabela 4. Classificação da saúde dos idosos na perspetiva de cada Diretora Técnica_	62
Tabela 5. Promoção do envelhecimento ativo: procedimento das instituições _____	63
Tabela 6. Contributo dos técnicos especializados nas instituições _____	65
Tabela 7. Melhoria da qualidade de vida de cada idoso, através da participação em atividades desenvolvidas por técnicos especializados _____	66
Tabela 8. A adequação de cuidados às necessidades específicas de cada idoso: diagnóstico e intervenção _____	66
Tabela 9. Ida ao médico, periodicidade de rastreios de saúde e medicação: o acesso a cuidados de saúde primários _____	68
Tabela 10. Promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência____	69
Tabela 11. Satisfação das necessidades básicas do idoso institucionalizado: sinónimo de felicidade _____	71
Tabela 12. Autoperceção da vida de cada idoso com saúde e qualidade de vida no dia a dia _____	72

## INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Género da amostra _____	81
GRÁFICO 2. Idade da amostra _____	82
GRÁFICO 3. Estado civil da amostra _____	82
GRÁFICO 4. Escolaridade da amostra _____	83
GRÁFICO 5. Contexto de origem da amostra _____	84
GRÁFICO 6. Principal ocupação amostra rural ao longo da vida _____	84
GRÁFICO 7. Principal ocupação amostra urbana ao longo da vida _____	85
GRÁFICO 8. Tempo de institucionalização da amostra _____	86
GRÁFICO 9. Autoperceção da saúde _____	86
GRÁFICO 10. Atuais problemas de saúde da amostra rural _____	87
GRÁFICO 11. Atuais problemas de saúde da amostra urbana _____	88
GRÁFICO 12. Prática de atividade física da amostra _____	89
GRÁFICO 13. Atividades físicas em que a amostra participa _____	89
GRÁFICO 14. Queixas da amostra relativamente à sua memória _____	90
GRÁFICO 15. Frequência com que a amostra esquece nomes de pessoas da família ou amigos _____	91
GRÁFICO 16. Dificuldade da amostra em encontrar palavras durante uma conversa _____	92
GRÁFICO 17. Horas de sono da amostra, em média, numa noite _____	92
GRÁFICO 18. Satisfação da amostra com as horas de sono que dorme _____	93
GRÁFICO 19. Número de refeições que a amostra realiza por dia _____	94
GRÁFICO 20. Preocupação da amostra com a alimentação _____	94
GRÁFICO 21. Reação mais frequente da amostra, relativamente à participação em atividades lúdico-recreativas e educativas _____	95
GRÁFICO 22. Contributo dos técnicos especializados para a melhoria da qualidade de vida da amostra _____	96
GRÁFICO 23. Formas de lazer e ocupação do tempo livre da amostra rural _____	97
GRÁFICO 24. Formas de lazer e ocupação do tempo livre da amostra urbana _____	97
GRÁFICO 25. Fatores de longevidade da amostra rural _____	98
GRÁFICO 26. Fatores de longevidade da amostra urbana _____	99
GRÁFICO 27. Sentimento de bem-estar da amostra nos últimos três meses _____	99

GRÁFICO 28. Satisfação da amostra com as condições do lar _____	100
GRÁFICO 29. Sentimento de felicidade da amostra _____	101
GRÁFICO 30. Motivos de felicidade que a amostra rural apresenta _____	101
GRÁFICO 31. Motivos de felicidade que a amostra urbana apresenta _____	102
GRÁFICO 32. Motivos de infelicidade da amostra rural _____	103
GRÁFICO 33. Autoavaliação da qualidade de vida no lar _____	104
GRÁFICO 34. Acompanhamento médico da amostra nos últimos três meses _____	105
GRÁFICO 35. Responsável pelo acompanhamento da amostra em idas ao médico _____	106
GRÁFICO 36. Realização de rastreios de saúde da amostra _____	106
GRÁFICO 37. Necessidade de ajuda da amostra para administrar os seus medicamentos _____	107
GRÁFICO 38. Conhecimento dos efeitos da medicação que a amostra administra _____	108
GRÁFICO 39. Satisfação da amostra com o apoio dos colaboradores _____	108
GRÁFICO 40. Sentimento de segurança da amostra _____	109
GRÁFICO 41. Necessidade de ajuda para a amostra se movimentar diariamente _____	110
GRÁFICO 42. Formas da amostra se movimentar _____	111
GRÁFICO 43. Objetos de ajuda que a amostra utiliza diariamente para se movimentar _____	112
GRÁFICO 44. Conhecimento da amostra do equipamento de ajuda para se movimentar no espaço físico da instituição _____	112
GRÁFICO 45. Conhecimento da amostra relativamente à existência de alarme na instituição _____	113

## **INDICE DE FIGURAS**

**Figura 1:** Concelho de Mirandela no mapa de Portugal

**Figura 2:** Distrito do Porto no mapa de Portugal

**Figura 3:** Concelho de Gondomar

## **INDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**INE:** Instituto Nacional de Estatística

**MEEM:** Mini-Exame do Estado Mental

**NS/NR:** Não sabe ou não respondeu

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**DGS:** Direção Geral de Saúde

**IPSS:** Instituição Particular de Solidariedade Social

**p. :** Página

**pp. :** Páginas

***et al* :** *E outros*

## INTRODUÇÃO

---

O processo de envelhecimento é inevitável e universal. Deve ser analisado em função do percurso de vida de cada um, de acordo com as suas características, constituição biológica e através do estilo de vida que a pessoa manteve ao longo do seu percurso vital.

Pensando na manutenção da qualidade de vida experimentada na meia-idade, a sociedade precisa de continuar a implementar estratégias capazes de responder às principais necessidades dos seus seniores.

O fenómeno do envelhecimento e a massiva institucionalização da população sénior portuguesa exigem que as instituições se adaptem às necessidades dos idosos. É fulcral que as instituições criem condições de apoio ao idoso, de modo a que se sinta ativo, vivendo em plena saúde e feliz nesta fase da vida, não perdendo qualidade de vida devido à institucionalização.

Assim, com o nosso estudo – **Políticas Nacionais de Saúde para os idosos: análise das práticas institucionais em contexto rural e urbano** – pretendemos contribuir para que as instituições promovam ações em que o idoso assuma um papel ativo na preservação da sua saúde, das suas capacidades motoras e mentais, permitindo um envelhecimento ativo e saudável em diferentes contextos institucionais.

A experiência académica e profissional, motivou-nos a investigar especificamente as ações desenvolvidas a partir das políticas de saúde no quotidiano dos idosos, inseridos em contexto de institucionalização rural e urbano. Para esta investigação, considerámos as opiniões dos idosos e das Diretoras Técnicas de cada instituição, partindo de procedimentos habituais do dia a dia, tendo em conta as ações previstas em cada política de saúde.

Assim, colocámos a seguinte questão de partida para este estudo:

- **As estratégias desenvolvidas pelas instituições a partir das políticas de saúde favorecem a qualidade de vida e a prevenção da doença dos idosos institucionalizados em contexto rural e urbano?**

Para dar resposta a esta questão, delineámos o seguinte objetivo geral para ambos os estudos realizados:

- Perceber como as estratégias desenvolvidas a partir das políticas de saúde se repercutem na qualidade de vida e prevenção da doença dos idosos institucionalizados em contexto rural e urbano.

Como objetivos específicos pretendemos, no primeiro estudo (qualitativo):

- Analisar e interpretar o discurso das Diretoras Técnicas acerca da forma como são colocadas em prática no quotidiano dos idosos institucionalizados as políticas de saúde e que estratégias são seguidas diariamente pelas instituições, que se aproximam ou se afastam aos três pilares fundamentais do Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas (2004-2010).

No segundo estudo (quantitativo), os objetivos específicos foram os seguintes:

- Conhecer a perceção que os idosos institucionalizados têm da sua própria saúde, bem-estar e qualidade de vida, comparando a dos que vivem em contexto rural com a dos que vivem em contexto urbano;
- Perceber de que forma a presença de colaboradores especializados nas Instituições, nomeadamente os Educadores Sociais e Animadores, influenciam o estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas.

Importa agora referir que a presente Dissertação é constituída por duas partes: dois capítulos na primeira parte, três capítulos na segunda parte. A primeira parte refere-se à Fundamentação Teórica, a segunda parte, à Investigação Empírica.

**No primeiro capítulo da primeira parte**, apresentámos a contextualização teórica das Políticas Nacionais de Saúde Para os Idosos, desenvolvendo os três pilares fundamentais do Plano Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas.

**No segundo capítulo**, fazemos uma breve referência ao envelhecimento como a última etapa da vida, de acordo com as perspetivas de alguns autores. De seguida abordámos as formas de envelhecer em contexto rural e urbano, destacámos

seguidamente, o fenómeno da institucionalização de idosos e por fim, procurámos analisar teoricamente a saúde, bem-estar e qualidade de vida do idoso institucionalizado.

A segunda parte diz respeito à Investigação Empírica. Esta investigação baseou-se num estudo de caso comparativo, com 32 idosos a incluírem a amostra (do estudo quantitativo), residentes em dois lares de idosos de contextos diferentes (rural e urbano). No sentido de complementar a investigação e obter resultados mais eficazes para dar resposta à nossa pergunta de partida e objetivo geral, realizámos também uma entrevista com a Diretora Técnica representante de cada instituição, nos diferentes contextos rural e urbano.

Assim, **no terceiro capítulo**, foi feita a explicação do primeiro estudo realizado, descrevemos a amostra e a metodologia utilizada e por fim, fizemos a apresentação e análise resultados obtidos.

**No quarto capítulo**, apresentámos o segundo estudo realizado, quanto à amostra e metodologia utilizada e posteriormente, foi feita a apresentação e análise de resultados.

**No quinto capítulo**, fizemos a discussão dos resultados obtidos nos dois estudos realizados e a verificação das hipóteses inicialmente levantadas para o estudo quantitativo.

Partindo essencialmente da política de envelhecimento ativo para esta investigação, o tema em estudo, revela-se bastante pertinente e atual. Constatamos que a admissão num lar é para um idoso, o confronto com uma nova realidade e por vezes, provoca alterações na qualidade de vida, saúde e autonomia. Tendo em conta que a saúde assume grande importância na vida dos idosos e engloba todas as dimensões do envelhecimento ativo, neste sentido, profissionais como o Educador Social, com competências técnicas e pedagógicas, desenvolve em ambiente institucional, atividades, como: a prevenção de doenças através da estimulação de hábitos saudáveis; pode abordar a importância da alimentação equilibrada e debater estes temas com os idosos; assim como, deve promover a prática da atividade física com

intervenções aos mais diversos níveis. Neste âmbito, o Educador Social pode criar também diferentes jogos ou dinâmicas de grupo que estimulem a atividade física do idoso, mas sobretudo, deve criar atividades atrativas à população idosa.

É importante que o envelhecimento seja encarado de forma positiva, atribuindo à velhice aspectos favoráveis. Assim, a intervenção de um Educador Social num lar de idosos, deve ser feita juntos dos idosos, junto de todos os recursos humanos existentes na instituição, junto das famílias dos idosos, mas também junto da comunidade envolvente. Deve ser um profissional atento ao que o rodeia no ambiente institucional, para que assim, seja mais fácil compreender as evoluções ou mudanças de comportamentos entre os idosos, no dia a dia.

É perante um diagnóstico de necessidades e expectativas dos clientes e após o conhecimento dos interesses e hábitos dos idosos, que surgem atividades que vão de encontro aos anseios dos idosos. De forma individualizada ou em grupo, possibilitámos aos séniores, participar ativamente nas diversas intervenções do Educador Social ou de outros técnicos especializados. Assim, o idoso assume um papel ativo no seu próprio envelhecimento, mesmo que institucionalizado.

É óbvio, que para a realização dessas atividades da vida quotidiana de forma independente, é preciso ter em conta que a doença não venha ameaçar o bem-estar geral ou parcial do idoso e torná-lo completamente dependente. Logo, envelhecer bem implica claramente saúde, atividade e a manutenção de relações pessoais, para que as perdas do processo de envelhecimento sejam compensadas por novas aquisições.

Para concluir, o estudo de caso comparativo que desenvolvemos, permitiu-nos certamente refletir sobre o contributo fundamental que os técnicos especializados presentes nas instituições têm, para que a prática das políticas de saúde seja uma realidade institucional, nos diferentes contextos.

## **PARTE 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

---

## CAPITULO 1 - PRINCIPAIS POLÍTICAS DE SAÚDE E GERONTOLOGIA

---

Em primeiro lugar, começamos por contextualizar o conceito de *política de saúde*. Assim, entende-se por *política*, as decisões de carácter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do Governo, no que diz respeito ao tema da saúde na população sénior, desdobrando-se para tal, em programas, projetos e atividades, com os quais se procura facilitar o acesso à população alvo, potencializando os recursos disponíveis. Portanto, *as políticas* são os planos, os programas, os projetos e as atividades, e no seu conteúdo, são definidas estratégias de implementação (Ministério da saúde brasileiro, 1988).

Logo, nas políticas de saúde, devem estar contempladas diretrizes voltadas para a promoção da saúde, tendo em vista, aumentar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Encontrando-se estas políticas direcionadas aos idosos, interessa também esclarecer o conceito de Gerontologia, que para Prado & Sayd (2006) corresponde ao:

“ (...) Estudo do envelhecimento: no seu conteúdo estão abrangidas a Geriatria, voltada para a prevenção e o tratamento de doenças na velhice, e a Gerontologia social, constituída por diversas áreas como a psicologia, o serviço social, entre outras (p.493) ”.

Destinado à população idosa em geral, surgiu em 2004, o *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, ao qual damos particular destaque nesta investigação, tendo em conta um estudo de caso comparativo, com idosos que se encontram institucionalizados em diferentes contextos, rural e urbano. Através das políticas de saúde, devem ser promovidas estratégias adequadas para os idosos institucionalizados, que visem na manutenção da autonomia, saúde, independência e qualidade de vida para todos os séniores que vivem em “lares”/instituições.

Nos últimos anos, o Governo tem procurado responder de uma forma mais apropriada às necessidades específicas da população idosa. A este respeito, foi então criado o *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, sob a responsabilidade da

Direção-Geral de Saúde, aprovado em 2004, que tratou de estratégias vigentes no nosso país, com particular destaque para a política de *Envelhecimento ativo*, na qual se propõe algumas intervenções necessárias para uma reorganização de cuidados aos idosos, numa perspetiva multidisciplinar.

Contudo, o princípio ético pelo qual se regeu este programa, baseou-se na noção de que era necessário estimular as pessoas idosas para se manterem autónomas e independentes, e assim promover um envelhecimento ativo (Marques, 2011).

Assim, foram definidos e apostaram-se em três pilares ou políticas de saúde fundamentais: **a promoção de um envelhecimento ativo**, através da prática regular de atividade física, da estimulação das funções cognitivas, da gestão das horas de sono, da nutrição, hidratação, alimentação e na realização de atividades diárias e de lazer, entre outras; **a adequação de cuidados às necessidades específicas dos idosos**, identificando as dificuldades mais frequentes dos idosos no acesso a serviços de saúde, realizar com periodicidade rastreios de saúde, melhorar a acessibilidade à informação sobre medicamentos e abordar situações demenciais; por fim, **na promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência**, os idosos devem ser informados essencialmente, acerca das barreiras arquitetónicas que a instituição dispõe, assim como de serviços disponíveis favorecedores da segurança e independência (DGS, 2004).

A prática destas políticas de saúde poderiam contribuir para minimizar custos com a saúde e evitar que o idoso ficasse totalmente dependente de terceiros nas instituições. Sendo o envelhecimento da população um fenómeno subjacente a todos os seres humanos, devem ser reunidos esforços nas instituições para uma intervenção junto dos idosos que promova a autonomia e independência, envolvendo as famílias, os prestadores de cuidados diretos e os profissionais especializados em diversas áreas, presentes diariamente nos lares.

De acordo com a DGS (2004), é essencial o idoso estar de boa saúde para que a sua qualidade de vida seja mantida num nível aceitável e possa continuar a sentir-se ativo perante a sociedade e a comunidade envolvente, uma vez que os idosos mais ativos e

saudáveis, para além de continuarem com autonomia, são por vezes, um recurso fundamental para a comunidade, que lhes proporciona o voluntariado ou mesmo a possibilidade de frequentarem práticas de termalismo, universidades seniores, entre outras atividades estimulantes nestas idades.

---

### 1.1. O ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE

---

A promoção do envelhecimento ativo estabelece-se atualmente, numa estratégia prioritária no âmbito do *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, do Ministério da Saúde. Pretende-se delinear estratégias diversas, visando na qualidade de vida da população idosa, para que possa ser praticado um envelhecimento saudável (DGS, 2004).

Neste âmbito, a política de incentivo ao envelhecimento ativo assume hoje, formas muito precárias de atuação no que diz respeito à continuação da participação do idoso em atividades sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas, mas cabe aos profissionais das instituições que lidam diretamente com o idoso, delinear estratégias mais eficazes (Marques, 2011).

Estudos sobre a longevidade indicaram que a prevenção de doenças, a manutenção das funções físicas e cognitivas e a frequente participação do idoso em atividades sociais e produtivas, são fatores fundamentais do envelhecimento ativo (Busch, 2009).

Enquanto processo que se estende ao longo de toda a vida, o envelhecimento, para que possa ser uma experiência positiva, depende de cada um de nós, das ações e responsabilidades individuais.

Em 2002, a OMS destacou um novo conceito, o de *Envelhecimento ativo*, surgindo de forma mais abrangente, que vai para além do conceito de saúde, estendendo-se a indicadores de qualidade de vida como, os socioeconómicos, psicológicos, ambientais, saúde, segurança, intimidade e participação social do idoso (Ribeiro & Paúl, 2011). “A OMS definiu envelhecimento *ativo* como um processo de otimizar oportunidades para a saúde, participação social e segurança, de modo a aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (Marques, 2011, p.30).

O modelo de *envelhecimento ativo* conforme foi divulgado pela OMS depende de alguns determinantes, como **os de ordem pessoal** (fatores biológicos, genéticos e psicológicos), **os comportamentais** (estilo de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde), **de ordem económica** (rendimentos, proteção social), **do meio físico** (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e alimentos saudáveis), **sociais** (apoio social, alfabetização) e ainda **os serviços sociais e de saúde** das quais as pessoas são beneficiárias (prevenção da saúde e de doenças, de forma acessível e com qualidade) (Ribeiro & Paúl, 2011).

O novo paradigma de *envelhecimento ativo* desdobra-se em três pilares fundamentais, entre os quais esta o fator da **saúde**, baseado na autoperceção da pessoa em relação à sua saúde e em diagnósticos médicos; ou outro fator, a **segurança**, que engloba questões como a dos lugares habitados pelos idosos, ou seja, o clima de não-violência; e, por último, está o pilar da **participação social** do idoso na comunidade e pelas relações sociais que estabelece.

Para além disto, envelhecer, sendo homem ou mulher, determina formas distintas de viver a saúde, os estados de doença, a (in) dependência, a autonomia ou a participação social, e todas estas diferenças devem ser tidas em conta, assim como a vivência de diferentes culturas, que varia de indivíduo para indivíduo (Ribeiro & Paúl, 2011).

Cardão (2009), refere que as atividades produtivas, entre as quais destaca as de carácter cultural, desportivo e associativo, são uma condição importante para o envelhecimento ativo.

O aspeto cultural ao longo da investigação foi fundamental. É certo que tanto os idosos que vivem em meios rurais, como os que vivem em meios urbanos, envelhecem igualmente, mas as suas vivências e estratégias de adaptação são distintas, como são também diferentes os recursos disponíveis. Logo, ter em conta este aspeto da cultura no processo de envelhecimento ativo é essencial e permitiu-nos certamente uma melhor compreensão deste fenómeno.

---

### 1.1.1. A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA COMO FATOR DE SAÚDE

---

A prática do exercício físico tem sido um dos principais fatores para um bom envelhecimento ativo. Hoje em dia sabemos que a falta de atividade física poderá estar na origem de diversas doenças, sobretudo as que se associam ao processo de envelhecimento. Sendo assim, com a prática de atividade física, a pessoa tenderá a envelhecer saudavelmente.

De acordo com Azeredo (2011), o exercício físico deve ser praticado regularmente e adaptado ao gosto, idade e capacidades de cada pessoa. Para Ribeiro & Paúl (2011), por norma, as atividades recomendadas para os idosos são por exemplo, a ginástica, as caminhadas e a dança. A prática regular de ginástica favorece uma postura corporal equilibrada; as caminhadas são cada vez mais recomendadas por profissionais de saúde, uma vez que proporciona ótimos resultados na prevenção de doenças crónicas e permite a manutenção da capacidade funcional; e a dança, que é uma ótima forma de potenciar a execução de movimentos corporais e propicia uma enorme sensação de bem-estar.

Para Ribeiro e Paúl (2011), a inatividade física tem consequências fisiológicas, psicológicas e sociais. Como consequências fisiológicas, o idoso terá tendência para que se desenvolvam patologias cardiovasculares e respiratórias precoces; patologias metabólicas (como o aumento do colesterol, da tensão arterial, do peso e da diabetes); perda de força dos músculos e ossos, com descalcificação óssea e atrofia muscular; as defesas do organismo serão muito mais vulneráveis, assim como poderá ocorrer uma diminuição da produção de hormonas. Como consequências psicológicas, o idoso irá revelar baixa autoestima, apatia, confusão, insónias, ansiedade e por vezes entrar em estados depressivos. Já a nível de consequências sociais, poderá transmitir uma imagem social negativa e a pessoa terá grande tendência para se isolar. Conhecidas as principais consequências da inatividade física, importa reforçar todos os benefícios que esta prática pode trazer à saúde da pessoa idosa.

Assim, ainda de acordo com os autores Ribeiro e Paúl (2011), a prática de atividade física tem diversos benefícios: fisiológicos, psicológicos e sociais. Como benefícios fisiológicos, a atividade física provoca um estado de bem-estar geral no final da atividade; ajuda a controlar o nível de açúcar no sangue (glicemia), favorecendo a prevenção e o controlo da diabetes; reduz os níveis de colesterol; diminui a tensão arterial; melhora a qualidade do sono; aumenta a capacidade cardíocirculatória e respiratória; mantém os músculos treinados para qualquer atividade do dia a dia; permite um maior controlo da alimentação; reduz a possibilidade de prisão de ventre; reduz o risco de várias patologias como a obesidade, o cancro do cólon e da mama, a osteoporose, a diabetes, o acidente vascular cerebral, doenças do coração e enfarte do miocárdio; atrasa o aparecimento de alterações posturais, dores de costas e artroses; melhora o funcionamento do sistema imunitário, assim como contribui para melhorar a funcionalidade e minimizar as dores. Como benefícios psicológicos, a atividade física contribui para melhorar a auto-estima e o bem-estar geral; ajuda a lidar melhor com situações de *stress*; melhora o sentido de humor e reduz a probabilidade de estados depressivos; melhora a saúde mental e as funções cognitivas e também poderá proporcionar ao indivíduo disposição para novas aprendizagens. Ao nível social, a prática de atividade física promove as relações sociais e a comunicação; aproxima a pessoa ao meio envolvente; fomenta a manutenção e a aquisição de funções na sociedade e até o desempenho de novos papéis; ajuda a integração do idoso na comunidade, assim como existe a possibilidade de criar novos relacionamentos extrafamiliares e intergeracionais.

De acordo com Antonini, T; Fesnterseifer, P.; Stefanello, S. (2008), os exercícios físicos para idosos propiciam o aumento do grau de saúde, assim como aumentam a autonomia funcional, fisiológica e social. A prática de exercícios físicos específicos contribuem para melhor controlar algumas doenças e para o aumento da independência do idoso, possibilitando que o mesmo não precise constantemente da ajuda de outras pessoas para realizar tarefas quotidianas.

Nogueira, M.; Silva, D.; Santos, J. (2006), realizaram um estudo comparativo relativamente à prática de atividade física em idosos que viviam em contexto rural e

urbano. No estudo destes autores, obtiveram os seguintes resultados: os idosos rurais têm tendência a manterem-se ocupados em tarefas domésticas e agrícolas, levando, por sua vez, estes idosos a praticarem espontaneamente atividades físicas. Assim, os idosos em meio rural tendem a manter-se mais ativos fisicamente, resultados, que se podem justificar pela prática da agricultura como atividade motora desenvolvida ao longo da vida. Por outro lado, os idosos urbanos revelaram um carácter mais sedentário, não estabelecendo qualquer vínculo a atividades que exerciam anteriormente.

---

### 1.1.2. BOM FUNCIONAMENTO COGNITIVO COMO FATOR DE SAÚDE

---

Todos sabemos que o corpo e a mente estão plenamente interligados, isto é, a saúde física tem forte influência na saúde mental e vice-versa.

Praticar exercício físico regularmente traz efeitos positivos à memória, melhora a capacidade de raciocínio e o tempo de reação. O declínio cognitivo, regra geral associado à idade, pode ser prevenido e retardado através do treino adequado das várias funções cognitivas. Um estilo de vida fisicamente ativo, que inclua não só o exercício físico, mas também o envolvimento do idoso nouro tipo de atividades sócio recreativas como a jardinagem, a leitura, jogos de mesa, a pintura, conviver com amigos, dançar, tocar instrumentos musicais, permitem manter a mente ativa e estimulada, melhorando o funcionamento cognitivo e o bem-estar físico e psicológico (Ribeiro e Paúl, 2011).

Fernandes *et al* (2010) referem, que num grupo de idosos podem existir muitas diferenças entre eles a nível cognitivo, visto que algumas pessoas vão mantendo as suas capacidades cognitivas inalteráveis até ao final da vida, enquanto outras, começam a perder essas capacidades mesmo antes da fase de envelhecimento.

De acordo com Rabelo (2009), a percepção que o idoso tem acerca do funcionamento da própria memória é um fator relevante e as queixas que apresenta acerca das falhas de memória, podem no entanto, fazer parte de alterações normais do envelhecimento, como também podem servir para sinalizar qualquer situação de demência.

Assim, existem fatores associados ao declínio cognitivo em idosos, internos e externos ao indivíduo. Segundo Magalhães *et al* (2008) citado por Rabelo (2009, p.59), esses fatores passam pela *“baixa escolaridade, idade avançada, hipertensão arterial, história de acidente vascular encefálico”*, enquanto Oliveira *et al* (2007), citado por Rabelo (2009, p.59), menciona outros fatores de declínio cognitivo, como *“o pouco contato social, atividade intelectual pobre, tabagismo, viver sozinho, sedentarismo e saúde percebida negativamente”*.

Portanto, o estilo de vida que a pessoa adota ao longo da vida vai naturalmente influenciar a sua capacidade cognitiva. Para Rabelo (2009), as atividades de lazer podem contribuir para o bom desempenho cognitivo, ou seja, quantas mais atividades de lazer o idoso desenvolver, melhor será também o seu desempenho relativamente à linguagem, memória e atenção.

Por último e de acordo com os autores Ribeiro e Paúl (2011), também o nível socioeconómico pode funcionar como fator protetor do declínio cognitivo a longo prazo, isto é, as melhores condições económicas podem facilitar o acesso a recursos intelectualmente estimulantes como livros, internet, frequentar universidades seniores e atividades culturais diversas e desta forma, contribuir para melhorar a saúde mental.

---

### 1.1.3. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

---

Entre os cuidados diários com a preservação da saúde que contribuem para uma forma favorável de envelhecimento, está a prática de uma alimentação saudável.

De acordo com Campos & Coelho (2009), um dos componentes fundamentais na saúde dos idosos é a nutrição, uma vez que a prática de uma alimentação saudável, contribui de forma significativa para a prevenção de doenças e aumentar a qualidade de vida das pessoas idosas. Sabendo que a alimentação é dos cuidados mais importantes a ter com este tipo de população, esta deve ser planeada e adequada às necessidades de cada pessoa.

Ainda de acordo com estes autores, durante o dia devem ser feitas três refeições básicas: o pequeno-almoço, almoço e jantar, intercaladas com pequenos lanches, um a meio da manhã e outro a meio da tarde, assim como é também importante, estabelecer horários regulares para as refeições, para o bom funcionamento digestivo dos idosos, tendo em conta que a sua digestão é mais lenta.

A alimentação que praticamos é, segundo Azeredo (2011), influenciada pelo local onde vivemos, pela cultura, religião, crenças, dentre outros fatores. É importante comer quantidades adequadas para que haja equilíbrio na combinação de nutrientes, caso contrário, podemos estar a favorecer o aparecimento de doenças.

Para que o bem-estar físico e mental seja completo, é essencial fazer uma alimentação saudável, variada e equilibrada. Um bom plano alimentar pode contribuir para preservar a memória por mais tempo. São sobretudo alimentos com hidrato de carbono como a batata, cereais e outros derivados, que contribuem para o bom funcionamento cognitivo. As vitaminas do complexo B também são indispensáveis para o cérebro, contribuindo para o alívio de enxaquecas e dores de cabeça, controlo do stress, prevenção da doença de Alzheimer e da memória. Por fim, também uma boa hidratação (com a ingestão de água, sumos de frutas naturais, infusões e tisanas) e uma alimentação rica em legumes (como os brócolos, couve-flor, alface, espinafres) parecem também contribuir para a saúde cerebral (Azevedo e Teles *in* Ribeiro e Paúl, 2011).

Para Azeredo (2011), no plano alimentar de cada idoso, deve-se ter em atenção a proporção de alimentos que consome e o tipo de mobilidade e de esforços físicos semanais, dado que o programa alimentar, deve ter em conta a prática de atividade diária. Devemos optar por uma alimentação a mais diversificada possível e equilibrada, assim como é igualmente importante, conhecer os nutrientes de cada alimento que estamos a ingerir.

A preocupação com a saúde e com as suas condicionantes é hoje em dia uma prioridade e é cada vez maior o número de pessoas que procura através da prática de uma alimentação saudável, aumentar o número de anos de vida.

---

#### 1.1.4. O SONO

---

No entender de Ribeiro e Paúl (2011), para o bom funcionamento da mente é fundamental que haja bons hábitos de sono. O sono é um dos mecanismos que permite manter o equilíbrio do nosso corpo e contribui de forma significativa para a qualidade de vida. Sendo o sono uma das necessidades biológicas fundamental para o organismo. Sempre que dormimos as horas de sono adequadas, permite a renovação das principais funções mentais (como o raciocínio, a memória e a aprendizagem) e emocionais (calma, tranquilidade).

Segundo Geib *et al* (2003), os fatores que contribuem para que haja problemas de sono na velhice, são nomeadamente, a dor ou o desconforto físico; os fatores ambientais; o desconforto emocional e as alterações no padrão normal de sono.

O sono e as horas de descanso são fundamentais para o idoso preservar o seu bem-estar e qualidade de vida, pois os idosos saudáveis mantêm espontaneamente a capacidade de dormir bem e assim renovar a sua energia funcional.

Para Geib *et al* (2003), também os fatores psicossociais são responsáveis pelos distúrbios do sono nos idosos, nomeadamente, o luto, as modificações que ocorrem no seu ambiente social, mais especificamente, o isolamento, a institucionalização, as dificuldades financeiras. Como fatores comportamentais, os que mais interferem no sono da pessoa idosa, são a redução da atividade física e a falta de exposição à luz solar.

Portanto, também a avaliação do sono do idoso, deve fazer parte dos habituais rastreios de saúde, não devendo no entanto, os profissionais de saúde, restringirem-se apenas a informações obtidas pelo idoso. Assim, deve ser feita a prevenção de eventuais distúrbios do sono para que o idoso possa manter a qualidade e quantidade das horas de sono, mas deve-se prestar especial atenção, porque a estes sintomas podem estar possivelmente associados, outros problemas de saúde.

De acordo com Paiva (2008), o sono tem funções, muitas delas até desconhecidas pela maioria das pessoas, mas é certo que é tão essencial à vida como a pessoa beber e alimentar-se.

Conforme envelhecemos, vão decorrendo algumas alterações no padrão normal do sono como: dormir menos horas por dia, sendo variável entre 6 e 9 horas. Existirá a tendência para acordar várias vezes durante a noite devido a longos períodos de repouso durante o dia, existe maior dificuldade em adormecer e haverá propensão para acordar cedo (Ribeiro e Paúl, 2011).

Estas alterações podem não ser comuns a todas as pessoas na velhice, só a pessoa em si sabe aquilo que sente e se passa com ela.

Para uma eficaz prevenção das alterações do sono, deve-se ter em conta uma correta higiene do sono. Para isso, deve-se manter rotinas de horários, não ingerir alimentos pesados a poucas horas de ir dormir, para que assim também se possa prevenir, tanto a saúde física como mental.

---

#### 1.1.5. O LAZER E A OCUPAÇÃO DO TEMPO LIVRE COMO FATOR DE SAÚDE

---

Mesmo que institucionalizada, a pessoa idosa deve continuar a participar em diversas atividades sociais, educativas e culturais. Mas, devem ser adequadas as diversas formas de lazer às necessidades e anseios da população idosa, o que requer uma estimulação permanente para a participação dos idosos, nos diversos domínios socioculturais.

Segundo Gomes & Pinto (2006, p.114), o lazer deve ser entendido como uma *“dimensão da cultura, caracterizada pela vivência lúdica de manifestações culturais, quer seja, através de jogos, dança, desporto, festas, literatura, música, pintura, entre outras inúmeras possibilidades”*. As mesmas autoras referem que no lazer, o idoso procura uma vida com mais sentido e qualidade, para além de ser um direito no seu dia a dia, do qual deve usufruir.

O idoso deve envolver-se em atividades de diferentes âmbitos de lazer, consoante os interesses pessoais de cada um, como por exemplo, atividades físicas, intelectuais,

culturais, manuais e artísticas. O tempo livre e a experiência de vida são componentes inerentes a uma boa criatividade. Por exemplo, fazer viagens em grupo, com outros elementos da comunidade, ou com outros idosos institucionalizados, promove o convívio e aumenta as relações sociais. Permite ainda, conhecer novos locais, pessoas novas, possibilita a troca de ideias, sentimentos, conhecimentos e dúvidas entre as diferentes pessoas (Ribeiro e Paúl, 2011).

Teixeira (2007) apresenta-nos as diversas dimensões do lazer, que envolve o domínio artístico e cultural, como por exemplo o folclore, teatro, oficinas de música, dança, coral, modelagem, pintura, artesanato; o domínio educativo e informativo, através de palestras, seminários, filmes, vídeos, alfabetização, entre outros; e no domínio social, as comemorações festivas; enquanto o domínio físico, abrange atividades como a hidroginástica, ginástica, caminhadas, alongamentos e ainda, viagens, excursões, passeios, turismo social, intercâmbios intergeracionais e interinstitucionais.

Através do desenvolvimento das mais diversas atividades de animação, é proporcionado aos idosos um estilo de vida ativo, saudável e produtivo, estimulando as suas capacidades aos mais diversos níveis, e desta forma, o idoso vive o dia a dia da institucionalização com qualidade de vida e felicidade.

Neste contexto e de acordo com Choque (2000), citado Por Jacob (2007, p.3), “ a animação é sinónimo de vida, de movimento, de atividade (...)”. Para Jacob (2007, p.6), a animação de idosos define-se como “uma forma de atuar em diversos campos que permitam o desenvolvimento da qualidade de vida, estimulando a vida mental, física e afetiva do idoso”. Este autor reforça a ideia de que a animação nos idosos deve procurar promover a inovação, valorizar histórias de vida, proporcionar uma vida agradável e dinâmica dentro da instituição e desta forma, fomentar a ocupação adequada do tempo livre, para evitar que o tempo de lazer se torne desagradável para o idoso.

Perante a perspetiva de Teixeira (2007), o lazer, para além de proporcionar divertimento, recreação e entretenimento, também tem outras dimensões básicas como, ser reparador de deteriorações físicas, como possibilita ainda, o

desenvolvimento da personalidade e da autoestima, através de uma maior participação social dos idosos.

Também nos últimos anos, se tem vindo a apostar no acesso às novas tecnologias por parte dos seniores como uma forma de lazer e ocupação do tempo livre. Cada vez é mais frequente para os idosos a alfabetização digital, na medida em que são muitas as instituições, que se preocupam em integrar os idosos numa sociedade informatizada e até já os próprios idosos estão conscientes desta necessidade de usar as novas tecnologias no dia a dia.

Para Gomes & Pinto (2006), o idoso tem direito ao lazer diariamente que deve ser constituído de atividades que contribuam para o seu divertimento e enriquecimento. Por vezes a necessidade de lazer no idoso é negligenciada, dando prioridade a determinadas prioridades de vida diária, obviamente importantes, mas que acabam por não abranger o lazer como necessidade básica na vida do idoso, tão importante para a promoção da qualidade de vida e preservação da saúde aos mais diversos níveis.

---

## 1.2. A ADEQUAÇÃO DE CUIDADOS ÀS NECESSIDADES ESPECÍFICAS DOS SÉNIORES

---

Segundo Watanabe (2009), no momento da admissão de um idoso num lar é fundamental fazer uma avaliação geral, de modo a obter informações acerca da sua história de vida, dos seus hábitos, da sua rede de suporte familiar e social, assim como avaliar a sua saúde, a sua capacidade funcional e cognitiva, o que poderá facilitar na execução de um plano de cuidados e de atividades diárias a serem desenvolvidas com o idoso.

Portanto, é fulcral que aquando da admissão de um novo idoso, a instituição faça o primeiro levantamento de necessidades, que devem ser atualizadas sempre que se justifique. Também para Guedes (2009), o levantamento dessas necessidades deve ser feito logo no momento de admissão, através de uma **avaliação social**, onde se recolhe dados pessoais, da sua situação económica, ocupacional e familiar, assim como se

deve conhecer também neste momento, os motivos que ocasiona a entrada para o lar e o grau de aceitação da entrada.

Posteriormente, ainda de acordo com o mesmo autor, deve ser feita uma **avaliação geriátrica integral**, que é um método de diagnóstico multidimensional, para determinar capacidades e problemas médicos, psicológicos, sociais e funcionais, com vista à realização de um plano de intervenção adequado ao idoso. Depois, deve-se avaliar a integração do idoso e a relação social estabelecida com o grupo e as formas de ocupação do tempo livre pelas quais o idoso manifesta interesse. Já num **diagnóstico socioinstitucional** posterior à admissão, devem ser avaliadas as relações entre os diversos atores da instituição, tais como: a **relação Idoso-Idosos** (relações de amizade, apoio, indiferença, conflitualidade, desconfiança,...); a **relação Idoso-cuidadores** (relações mais centradas no cuidado instrumental ou apoio afetivo); a **relação Idoso-família** (regularidade e qualidade das relações estabelecidas, proximidade/afastamento das redes de sociabilidade anteriores).

Relativamente aos cuidados diários prestados nas instituições geriátricas, segundo Watanabe (2009), devem ser cuidados individualizados e executados em função das necessidades que cada idoso apresenta, tanto na higiene, conforto, alimentação, atividades de ocupação do tempo livre, como em atividades de prevenção da saúde e de incapacidades. Todas estas atividades devem ser devidamente planeadas, sujeitas a uma avaliação executada pelos profissionais que prestam o acompanhamento diário ao idoso, de modo a irem percebendo as alterações a ter em conta no plano de cuidados individuais.

De acordo com Costa & Barreto (2003), existem estudos que mostram que as doenças e as limitações não são consequências inevitáveis do processo de envelhecimento e que, a eliminação de fatores de risco tal como a adoção de estilos de vida saudáveis, são importantes determinantes para o envelhecimento ativo e saudável. Estes determinantes são todos os fatores físicos, biológicos, sociais, culturais e comportamentais, que podem exercer de facto influência no estado de saúde do idoso. Condições relacionadas à saúde incluem os hábitos de vida (tabagismo, dieta,

atividade física, etc.), o uso de serviços de saúde e o acesso à informação e aquisição de medicamentos.

Tendo em conta os determinantes de saúde, as instituições devem comprometer-se em encontrar medidas, formas de prevenção, acompanhamento e intervenção que possibilitem uma prestação de cuidados ao idoso, tendo em conta a sua individualidade. Para isso torna-se necessário ouvir, observar e interpretar os comportamentos e sentimentos do idoso, em diferentes contextos do quotidiano da instituição. Aos colaboradores das instituições, cuidadores diretos do idoso, devem ser proporcionadas formações e atualizações contínuas das mesmas, deverão existir supervisores e orientadores das práticas de cuidado, assim como a cooperação e a aproximação das famílias deve ser estimulada enquanto dever ético da instituição, que deve encontrar medidas que permitam a reaproximação e responsabilização da família para com o seu ente (Fragoso, 2008).

Segundo Pimentel (2001) ainda há instituições que desvalorizam algumas necessidades do idoso, porque limitam-se vulgarmente a determinadas prioridades como a alimentação, o tratamento de roupas, cuidados de higiene e saúde, o que são naturalmente importantes para o bem-estar do idoso, mas no entanto, acabam por esquecer outras necessidades fundamentais ao bem-estar emocional do idoso, no domínio social e afetivo. Assim sendo, o idoso tenderá a ter mais dificuldade para assumir aspetos da sua vivência e nestas situações, pode acontecer casos de isolamento social e afetivo, de fraco convívio entre os idosos da instituição e ao mesmo tempo, o próprio idoso, acaba por ir desvalorizando as suas capacidades.

No acompanhamento e prevenção da saúde, as instituições devem proporcionar o igual acesso aos cuidados de saúde primários para todos os idosos. Para Azeredo (2011), os recursos humanos e os serviços de saúde devem estar adaptados aos seniores, diminuindo barreiras arquitetónicas e criando serviços adequados.

Para Fragoso (2008, p. 58), uma instituição que acolha idosos saudáveis *“é sinónimo de prestação de cuidados e serviços humanizados”*.

---

### 1.3. PROMOÇÃO DE AMBIENTES FACILITADORES DE AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA

---

Como refere Nunes (2008), envelhecer de forma saudável implica a conservação de um elevado grau de funcionalidade e autonomia que permita excluir a total dependência de terceiros. Por sua vez, a manutenção da capacidade funcional para o idoso não depende apenas do processo de envelhecimento, mas também do acumular de doenças e pequenas dificuldades funcionais, como a diminuição da audição e da visão, que podem incapacitar a pessoa idosa, por isso, cada vez mais, as instituições devem dar respostas adequadas de modo a facilitar a mobilidade do idoso de forma autónoma e independente.

A segurança é uma das necessidades fundamentais do idoso, na qual todos devemos assumir um papel ativo e participativo. Nas instituições, cada espaço deve ser adaptado com os devidos apoios para o idoso, de modo a que todos se sintam incluídos a viver o dia a dia com autonomia e independência, e assim evitar, por exemplo, quedas frequentes. Por norma, associadas às *quedas* nos idosos, podem estar alterações sensoriais como dificuldades visuais e auditivas, alterações de equilíbrio e patologias músculo-esqueléticas, como a osteoporose (Ribeiro & Paúl, 2011).

Perante a perspetiva de Ribeiro & Paúl (2011), as instituições gerontológicas devem adotar comportamentos de forma a prevenir também as quedas do idoso e manter a sua segurança, tais como: todos os espaços devem ter uma boa iluminação; piso antiderrapante em todos os compartimentos da instituição, mas também nas escadas; devem existir barras de apoio ou corrimões em escadas e corredores; devem existir telefones de fácil acesso em vários locais da instituição e devem constar junto do telefone, os principais contactos em caso de emergência, ou campainhas devidamente preparadas para situações urgentes.

Mais especificamente em compartimentos como a casa de banho, devem existir barras de apoio no polibã ou na banheira e junto da sanita, o espaço livre da casa de banho deve ser suficiente para a presença de duas pessoas e também deverá existir um

telefone para casos de emergência; nos quartos, as camas devem ser articuladas, ou terem uma altura suficiente para que, sentados, os idosos consigam apoiar os pés no chão, de modo a evitar possíveis tonturas ao levantarem-se da cama, a mesa-de-cabeceira deve estar fixada no chão ou na parede para evitar que se desloque caso o idoso precise de apoio; deve existir uma cadeira ou poltrona no quarto, para que o idoso se possa sentar quando precisar de calçar meias e sapatos; os interruptores devem estar ao alcance dos idosos quando estiverem deitados, para evitar que o idoso se levante no escuro; as roupas e bens pessoais devem estar a uma altura adequada de modo a evitar o esforço físico e facilitar a procura que o idoso desejar; na sala de estar/convívio, os sofás e poltronas devem ser confortáveis, com assentos que não sejam demasiado macios e fundos e que facilitem ao idoso os atos de sentar e levantar e o piso deverá também ser antiderrapante (Ribeiro & Paúl, 2011).

As alterações orgânicas que surgem no idoso podem vir a prejudicar a capacidade de este se adaptar a qualquer espaço. Portanto, as instituições gerontológicas devem planear, promover e estimular o idoso para a independência e autonomia, de modo a que usufrua de qualidade de vida dentro da Instituição (Prado, 2003).

Um ambiente institucional acessível torna possível uma maior autonomia e independência para o idoso no seu dia a dia (Prado, 2003). Nesta linha de pensamento, importa contextualizar o conceito de **autonomia** como *“a capacidade do indivíduo desfrutar dos espaços espontaneamente, segundo a sua vontade”* e o conceito de **independência** *“como a capacidade de usufruir dos ambientes, sem precisar de ajuda”* (Prado, 2003, p. 1). Qualquer lar de idosos deve dispor de espaços onde todos se sintam incluídos e que permita a adaptação de qualquer indivíduo aos espaços, mesmo para aqueles que apresentam perdas funcionais, de modo a que se sintam felizes e com segurança diariamente (Prado, 2003).

## CAPITULO 2 - ENVELHECIMENTO

---

O envelhecimento é um processo natural de vida comum a todas as pessoas, revelando características próprias de indivíduo para indivíduo, de acordo com a constituição biológica, a estrutura da personalidade e, sobretudo, o estilo de vida que a pessoa assume desde a infância e mantêm ao longo da vida, como fumar, praticar regularmente exercício físico, ingerir alimentos saudáveis, e o tipo de atividade ocupacional, que podem ser fatores de longevidade.

A conquista da longevidade deu-se sobretudo devido aos avanços tecnológicos, que fez com que a velhice se tornasse também num problema social, tornando-se imprescindível conhecermos e prepararmos-nos para a velhice de forma saudável (Paula, 2008).

Os conceitos de velhice e envelhecimento estão em constante atualização, o que torna pertinente a sua fundamentação, de acordo com a perspectiva de alguns autores. Do ponto de vista de Cardão (2009, p.30):

*“A velhice é uma etapa da vida marcada pela longevidade (...). Envelhecer não é ser velho, é ir sendo mais velho dentro de um processo complexo de desenvolvimento entre o nascimento e a morte (...). Ser velho implica, nesta perspectiva, a passagem do tempo e a quantidade dos anos que se vive.”*

Enquanto Prado & Sayd (2006, p. 493), definem a velhice em termos mais amplos como *“a última fase do ciclo vital (...) delimitada por (...) perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e especialização cognitiva”*.

Sabendo que todas as pessoas apresentam formas diferentes de envelhecer, nesse sentido importa conhecer os três componentes principais do processo de envelhecimento: a **“idade biológica”**, a **“idade social”** e a **“idade psicológica”**, que podem divergir bastante na idade cronológica. Portanto, no entender de Cancela (2008), a **“idade biológica”** diz respeito ao envelhecimento do organismo, uma vez que cada órgão vai sofrendo alterações, também diminui o seu funcionamento

tornando-se menos eficaz; por sua vez, **“a idade social”** de um indivíduo, está ligada aos estatutos e hábitos da pessoa na sociedade, sendo esta idade também determinada pela cultura e histórias de vida; e por último, a **“idade psicológica”** concerne às competências comportamentais que a pessoa revela, tais como a inteligência, a memória e a motivação, adquiridas ao longo da vida.

Segundo Cardão (2009), nos seus percursos de vida, a pessoa cresce, amadurece e envelhece e é precisamente na fase de envelhecimento que poderá ocorrer a diminuição da capacidade física, mental e social, em consequência das alterações funcionais do corpo e da mente, que não podem ser evitadas, mas sim minimizadas, nomeadamente através da aplicação de estratégias que promovam a saúde e a qualidade de vida do idoso no seu dia a dia.

Logo, o envelhecimento tanto pode ser um processo desenvolvido de forma saudável, como de forma patológica, influenciando a forma como é vivido pela própria pessoa.

### **Situação do envelhecimento em Portugal**

A população residente em Portugal tem vindo a apresentar um continuado envelhecimento demográfico, devido ao declínio da fecundidade e ao aumento da longevidade. O peso dos idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significativa nos últimos anos, assim como também tem aumentado a esperança de vida.

*“Segundo dados do INE, a população idosa irá passar de 17,4% em 2008, para 32,3% em 2060”* (Ribeiro e Paúl, 2011, p.7). De acordo com estas projeções do INE acerca da população residente em Portugal em 2008 – 2060 e tendo já em conta os eventuais fluxos migratórios externos, prevê que a população continuará a aumentar até 2034. No entanto, a proporção de jovens diminuirá e irá continuar a registar-se um aumento da população com 65 ou mais anos, que se prevê que duplique nos próximos 50 anos, ou seja, que continue a aumentar até 2060. Será este o panorama demográfico esperado para Portugal.

Tendo em conta que a população idosa em Portugal continuará a aumentar e com base nestas alterações demográficas, surge um novo contexto de envelhecimento e uma nova realidade social, isto é, a massiva institucionalização de idosos em lares. Em Portugal, cerca de 51. 017 pessoas idosas residem em lares, maioritariamente do sexo feminino (69%) e 85% dos idosos institucionalizados, têm mais de 75 anos de idade, segundo dados do INE de 2002, citado por Duarte & Paúl ( 2007, p.18).

Perante este cenário, sabendo que a institucionalização é a opção de muitos idosos quando perdem algumas das suas capacidades, é fundamental o estudo destes contextos, para que se possa optar pela institucionalização como uma resposta satisfatória face aos anseios e necessidades dos idosos, deixando afastada a ideia de ser um local onde a pessoa se torna cada vez mais dependente.

Segundo dados do Eurostat (2010), prevê-se que até 2060, a proporção de pessoas ativas continuará a ser cada vez menor e mais envelhecida, como também será menor, o número de jovens a entrar no mercado de trabalho (Azeredo, 2011). A grande proporção de idosos e a diminuição da população ativa é um fator preocupante para o futuro do país, quer a nível económico, social e de saúde.

---

## 2.1. ENVELHECER EM CONTEXTO RURAL E EM CONTEXTO URBANO

---

O contexto físico e social em que os idosos estão inseridos torna-se alvo de estudo na medida em que se torna relevante para a promoção de uma velhice bem-sucedida. Para as autoras, a saúde ou qualquer tipo de comportamento, pode ser explicado em função da interação entre as condições pessoais e as circunstâncias contextuais e ambientais do idoso (Duarte & Paúl, 2007, p.19).

É através do percurso de vida de cada idoso que poderemos compreender diferentes formas de estar ao longo da vida. Sendo o processo de envelhecimento acompanhado por alterações biológicas, psicológicas e sociais, este processo também é, por sua vez, influenciado pelo contexto em que o idoso se insere (Sequeira & Silva, 2002). Assim, importa agora conhecer algumas características subjacentes aos meios rurais e aos meios urbanos. Atualmente, de acordo com Ferrão (2000, p.49), “ *as regiões urbanas*

*incluem espaços urbanos, suburbanos, rurais agrícolas e rurais não agrícolas, articulados sistematicamente entre si”.*

Devido ao progresso económico e à globalização, a ideia de “meio rural” tem vindo a ser alterada devido a diversas mudanças estruturais que foram ocorrendo ao longo dos últimos anos e hoje em dia, quase todos os meios rurais têm fortes ligações ao contexto urbano, não só para a aquisição de alimentos, mas também de uma diversidade de serviços.

Historicamente, sempre se conheceu o mundo rural português ligado à agricultura, como principal actividade económica. O grupo social de referência neste contexto era a família camponesa, como modos de vida, valores e comportamentos muito próprios, também caracterizado por vastas paisagens naturais. Portanto, “há alguns anos o mundo rural era bem diferente do meio urbano, pelo fato de ser marcado de paisagens bem distintas da cidade, mas sobretudo, pelos grupos sociais, as funções e as actividades que desempenhavam” (Ferrão, 2000, p.46).

Para Fonseca *et al* (2004), os “idosos rurais” são definidos por residentes em zonas não urbanas, em pequenas povoações de menos de 2500 habitantes, ou agricultores que vivem em propriedades mais ou menos isoladas. Para os autores, em Portugal as zonas rurais enfrentam enormes desvantagens para se envelhecer, sobretudo pelo precário acesso à saúde, habitação, rendimento e acesso a serviços.

Perante conclusões de um estudo realizado por Paúl & Fonseca (2005), as grandes desigualdades entre o contexto rural e o contexto urbano, relativamente ao ambiente físico e social, à história de vida e ao estilo de vida dos idosos, parece não influenciar em sentimentos de solidão na população idosa destes dois contextos.

Leite *et al* (2008) referem que o grupo familiar e a comunidade são espaços naturais de protecção e inclusão social do idoso, tanto em contexto rural como em contexto urbano. Contudo, o estabelecimento de laços sociais na comunidade tem grande influência no estado de saúde dos idosos, uma vez que dispor de uma rede de suporte social proporciona ajudas em dificuldades quotidianas que permitem aos idosos beneficiarem de saúde e bem-estar geral. Caso contrário, a inexistência de vínculos

sociais e familiares, altera as defesas orgânicas das pessoas, ficando possivelmente, mais vulneráveis ao aparecimento de doenças.

Na investigação realizada por Leite *et al* (2008) em idosos residentes em contexto urbano, acerca da rede de suporte familiar e social, concluíram nos seus dados, que uma elevada percentagem de idosos possui suporte familiar e social. Os idosos deste estudo revelaram ter bom convívio familiar e social, o que lhes permite viver de forma digna e com qualidade de vida.

Já no estudo realizado por Sequeira & Silva (2002), o objetivo foi perceber os fatores que estão inerentes à satisfação de vida num grupo de idosos residentes em contexto rural. Concluíram que os meios rurais são contextos privilegiados de envelhecimento, defendendo neles diversas vantagens, entre as quais, o facto do contexto físico dos meios rurais permanecer estável durante longos períodos de tempo, sendo as mudanças implementadas gradualmente, o que possibilita aos idosos uma maior familiaridade com o meio. O ritmo de vida é mais lento e favorável aos idosos, proporcionando laços afectivos mais estáveis e uma maior rede social. O contexto rural promove um grande sentimento de identidade, onde toda a gente se conhece. Assim, os meios rurais podem constituir-se como ambientes privilegiados devido às relações que os idosos estabelecem entre si, em que cada indivíduo conhece os nomes, a vida e a saúde de outros membros da comunidade à longa data, o que lhes possibilita reduzir o risco de anonimato.

Para Fonseca (2005), partindo da autonomia como critério de envelhecimento com qualidade, os idosos rurais apresentam uma condição superior em relação aos idosos urbanos, uma vez que são mais ativos, mais autónomos e porque as principais mudanças na vida têm sido leves, sem provocarem grandes alterações.

---

## 2.2. O FENÓMENO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS

---

Até ao século XIX eram poucos os que atingiam a velhice e até essa data não era de todo um problema social. É a partir deste momento que começam a surgir as primeiras Instituições. Ao contrário de outrora, hoje em dia, as instituições são a nova forma de cuidar do idoso (Pimentel, 2001).

De acordo com Antonini, Fesnterseifer, Stefanello (2008), o termo “ *idoso institucionalizado*” designa pessoas idosas que vivem em casas de acolhimento social.

Segundo a perspectiva de Lesemann e Martin (1993) citado por Pimentel (2001, p.66), a prestação de serviços em lares da Terceira Idade “procura valorizar a perspectiva social em detrimento de uma perspectiva quase exclusivamente médica, em que a grande preocupação é a manutenção dos cuidados de saúde, dando pouca importância à dimensão social da vida dos indivíduos”.

Em concordância com Pimentel (2001), o fenómeno da institucionalização surge frequentemente como opção para a família ou para os idosos que não têm família. No entanto, a perda de autonomia física também se tem revelado um dos factores de internamento. Nomeadamente em Portugal, alguns estudos têm revelado que os problemas de saúde e a perda de capacidade funcional, não surgem como os principais factores de internamento, mencionados pelos idosos. O motivo frequentemente mencionado é a solidão e a falta de suporte familiar.

De acordo com Pereira (2008), quando os idosos passam a estar institucionalizados, cabe aos familiares fazer o que lhes é possível para manterem a normalidade dos laços afetivos. Perante a perspectiva do autor, a institucionalização acaba por implicar mudanças afetivas, com a necessidade de construção de novos afetos e tudo será vivido com normalidade, se estas mudanças não acontecerem repentinamente. Para Pereira (2008, p. 9), os idosos que são visitados ou convidados para passarem dias fora com a família, ou até num simples passeio ao exterior, tendem a aumentar a auto-estima. No entanto, a auto-estima tenderá a diminuir quando os idosos não recebem visitas de familiares e amigos e não são convidados para saídas ou passar dias em família.

Atualmente, quando se fala no *idoso institucionalizado*, ainda persiste a ideia de que existe frequentemente a desvalorização das necessidades que apresenta, isto porque muitas instituições dão prioridade às necessidades básicas de vida diária, como a alimentação, vestuário, cuidados de saúde e higiene, passando assim, as necessidades sociais e afetivas a serem um pouco esquecidas.

Assim, para que a integração numa instituição seja eficaz, é fulcral ter em atenção dimensões como, a continuação do estabelecimento de relações sociais, tanto na instituição, como perante a comunidade local. Muitas vezes, a institucionalização é vista como um momento de angústia na vida do idoso por representar um corte com a sociedade envolvente, mas por outro lado, estes idosos poderão considerar que o facto de estarem institucionalizados lhes garante alguma estabilidade, pois sabem que terão sempre o apoio que precisarem (Pimentel, 2001).

Vulgarmente, a falta de estimulação de comportamentos de autonomia é outro fator relevante e acaba por dificultar o envolvimento ativo do idoso na vida quotidiana da instituição. Portanto, todo o equilíbrio que possa existir a nível sensório-motor, cognitivo e emocional, tenderá a sofrer um declínio mais rapidamente se o idoso não for estimulado. A adaptação bem-sucedida à institucionalização irá depender da personalidade de cada um e da forma como foi envelhecendo, como também de factores ambientais e culturais (Cardão, 2009). Em contrapartida, o mesmo autor, considera que a institucionalização pode promover a auto-estima dos idosos, ao proporcionar oportunidades de interacção e papéis sociais adequados.

Para que a velhice seja bem-sucedida após a institucionalização é importante que técnicos especializados proporcionem apoio social, acompanhamento psicológico e desenvolvam actividades de animação, uma vez que este tipo de intervenção junto dos idosos desenvolve efeitos muito positivos. E na animação devem ser desenvolvidas actividades como: exercício físico; expressão dramática, plástica e corporal; trabalhos manuais; convívios entre idosos e intergeracionais; passeios e visitas; voluntariado; apoio à família; torneios de vários jogos; dinâmica de grupo que ajude o idoso a lidar com sentimentos relacionados com a morte, o luto, a interacção com os outros, solidariedade, autoconfiança, auto-estima; actividades que impliquem o contacto com novas realidades, como o uso das novas tecnologias, entre outras. Como os idosos institucionalizados passam muito tempo livre, quando não se sentem úteis e ocupados, poderão surgir situações de isolamento, *stress*, aborrecimento e apatia, o que terá um efeito negativo para a saúde e bem-estar geral (Ribeiro e Paúl, 2011).

---

### 2.3. QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E BEM-ESTAR DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

---

A qualidade de vida deve ser uma necessidade essencial do idoso institucionalizado, tal como são essenciais as necessidades básicas de vida diária, como a higiene e a alimentação.

Para uma melhor compreensão deste conceito, a OMS (1994, citado por Azeredo, 2011, p.120), definiu o termo *“qualidade de vida”* como *“ a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, considerando o contexto cultural e os valores, ao nível dos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*.

Ligar o processo de envelhecimento ao termo *“qualidade de vida”* é algo extremamente importante na sociedade atual, no sentido em que este conceito é um dos principais indicadores que possibilita avaliar as condições de vida dos idosos (Azeredo, 2011). De acordo com Paúl (2002, p.29):

“Para se envelhecer com qualidade é preciso ser criativo, responder às pressões mobilizando a sabedoria e o relativismo que a experiência ensinou, alterando as prioridades e os percursos, numa luta interna com o corpo e externa com a sociedade. O sucesso desta tarefa depende da capacidade psicológica de cada um, em encontrar o seu caminho de envelhecimento óptimo ou bem- sucedido”.

No entanto, Bandeira (2005), citado por Bueno *et al* (2012, p.44) expõe de um modo geral, que *“ter uma boa qualidade de vida na terceira idade requer: boa alimentação, condições adequadas de habitação, estabelecimento e manutenção de contactos sociais, acesso a serviços de saúde e remuneração compatível com necessidades de gastos”*.

Segundo Ferreira (2007) manter ativos os indivíduos para além do processo de reforma é fundamental, pois deixar de trabalhar é em muitos casos deixar de fazer, de estar e de ser.

Enquanto Bueno *et al* (2012, p.42) consideram que a promoção de boa qualidade de vida na idade madura excede os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como uma preocupação de carácter sociocultural.

Logo, a qualidade de vida também está relacionada com as percepções que os indivíduos têm em relação a esses conceitos. A qualidade de vida tanto pode ser material ou subjetiva, mas cada pessoa terá o seu próprio conceito. A capacidade da pessoa permanecer ativa é uma das condições fundamentais para o êxito no envelhecimento.

Para Paúl & Fonseca (2001, citado por Azeredo, 2011, p.121), a qualidade de vida do idoso influencia a sua saúde. Surge nesta perspectiva, a necessidade das intervenções médicas deixarem de ser apenas relacionadas ao ponto de vista curativo, mas também para a promoção de bem-estar do utente, desmistificando a ideia de que o envelhecimento não tem que estar unicamente associado a doenças ou incapacidades.

Deve passar a existir cada vez mais uma atitude positiva face ao envelhecimento, senão vejamos que, como nos diz Azeredo (2011), mesmo com pouca capacidade funcional há idosos que se mantêm equilibrados e com bons níveis de qualidade de vida, enquanto outros, não são capazes de lidar tão bem com as suas condições de saúde.

Existe um conjunto de variáveis que podem vir a influenciar o estado funcional do idoso: **as variáveis individuais**, que incluem a saúde física e mental, capacidades cognitivas, afetividade, qualidade de vida, autoeficácia e controle de si e do meio; e **variáveis ambientais**, que incluem: o espaço de residência, o ambiente social e as relações com os outros (Azeredo, 2011).

Sousa *et al* (2003, p.365) vão de encontro ao referido por Azeredo (2011), dizendo que os modelos de qualidade de vida tanto dizem respeito “à satisfação com a vida” ou “bem-estar social”, como “a modelos assentes em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas”.

Os termos “qualidade de vida” e “bem-estar no idoso institucionalizado”, devem estar interligados com conceito de prevenção da saúde, o qual ambiciona intervir de forma mais global, de modo a facilitar a participação e atribuir responsabilidade ao idoso pela sua própria saúde, e não só, responder de forma imediata a qualquer problema de saúde que lhe possa eventualmente surgir (Cordeiro *et al*, 1999).

Para Sousa *et al* (2003) citado por Pereira (2010) é indispensável que se desenvolvam meios de melhor atender às necessidades crescentes de um grupo de idosos. Portanto, os dados que avaliam a qualidade de vida, sob o ponto de vista dos próprios idosos, são fundamentais para implementar medidas adequadas a esse grupo e promover o envelhecimento ativo.

No estudo realizado por Sousa *et al* (2003), pretendeu-se caracterizar a qualidade de vida e bem-estar dos idosos do seu próprio ponto de vista e concluíram que, o panorama da qualidade de vida e bem-estar dos idosos é bastante bom.

Também Pereira (2010), no estudo que efetuou acerca da percepção do nível de qualidade de vida em idosos concluiu que a maioria dos idosos (72,7%) tem uma percepção positiva acerca da sua qualidade de vida, classificada como “razoável” ou “boa” e apenas 27,3% dos idosos, classificou como “má” ou “fraca”. A mesma autora conclui também, que as razões atribuídas pelos idosos ao classificar a sua qualidade de vida dizem respeito essencialmente, aos domínios físico e psicológico, às relações interpessoais, aos recursos financeiros e ao nível de independência.

Segundo a OMS (1948), o conceito de saúde, refere-se ao “estado completo de bem-estar físico, psíquico e social e não somente à ausência de doenças”. Portanto, o estado de saúde de uma pessoa depende de forma significativa de recursos como a alimentação, as condições de habitação assim como, a adoção de estilos de vida saudáveis, como a prática de exercício físico ou mesmo atividades de lazer que desenvolvem. É evidente que ao longo do processo de envelhecimento, a pessoa vai sofrendo algumas alterações funcionais, queremos com isto dizer, que nesta fase, a saúde pode não ser vivida em pleno, sobretudo quando se trata de idosos institucionalizados (Cordeiro *et al*, 1999).

Segundo Ribeiro (1988), citado por Cordeiro *et al* (1999, pág.56), *“a saúde não se revela um conceito fácil de definir devido aos antecedentes que esta noção acarreta”*, isto é, o contexto sociocultural ou os percursos de vida variam de indivíduo para indivíduo.

Na atualidade, ter saúde não significa apenas não estar doente. Perante esta ideia, a saúde deve incluir dimensões relacionadas com o facto do idoso se poder sentir bem e com a sua capacidade funcional. Assim sendo, essas dimensões estão relacionadas com a **saúde emocional**, que inclui, os cuidados com crises emocionais; a **saúde social**, que abrange relações externas à instituição de acolhimento, como os amigos, família e a própria comunidade envolvente; a **saúde cognitiva**, relativa à educação do idoso e à sua realização intelectual; a **saúde espiritual**, que abrange aspectos sentimentais e ainda, a **saúde física**, que diz respeito a cuidados básicos como a alimentação, a facilidade no acesso a consultas médicas ou cuidados primários de saúde (Cordeiro *et al*, 1988).

Amendoeira (s/data, p.8) afirma que *“nem todas as pessoas que não têm doença são saudáveis por igual, acrescentando que muitas vezes, são as condições de vida e não as situações patológicas que definem a saúde”*.

Nesta perspectiva, devemos ainda ter em conta que “o estar bem de saúde” é muito variável de idoso para idoso, uma vez que alguns idosos tendem a desprezar as suas capacidades, desvalorizam sinais e sintomas de doenças por pensarem que os seus problemas derivam da idade avançada e outros idosos, preocupam-se excessivamente com o mínimo problema (Cordeiro *et al*, 1999). Para Berger (1995 citado in Cordeiro *et al*, 1999, pág. 58), *“as pessoas que pensam estar doentes, acabam por proceder como doentes, mesmo na ausência de sinais clínicos verídicos”* e em contrapartida, *“os idosos que dizem ter saúde, agem mesmo como pessoas saudáveis no dia-a-dia”*.

Portanto, os idosos que se dizem dependentes ou doentes adotam diariamente comportamentos como se estivessem de facto, doentes. Para o idoso que adota comportamentos positivos face à sua saúde, normalmente, evita o isolamento e está disponível para o desenvolvimento de novas aptidões. A preservação da autonomia e

independência constituem hoje em dia o principal desafio para os idosos se manterem saudáveis, mesmo que institucionalizados.

De acordo com dados do Eurostat (2010), a autoperceção positiva do estado de saúde (muito bom, bom) é muito inferior em Portugal (28,2%) em relação ao melhor valor da União Europeia (87,1%), na Irlanda (Ministério da Saúde, 2011).

Segundo o CEDRU (2008), o bem-estar é percecionado de acordo com os recursos materiais, estados físicos e de saúde e bem-estar cognitivo da pessoa. Logo, os recursos materiais dizem respeito a bens pessoais e estabilidade económica; os estados físicos e de saúde indicam a esperança média de vida; relativamente ao bem-estar cognitivo, este diz respeito à ausência de depressões, distúrbios emocionais, ansiedade e distúrbios do sistema nervoso e cerebral, que são sintomas de várias demências e da doença de Parkinson.

No *Programa Nacional Para a Saúde dos Idosos* (2004-2010), foi estabelecido como prioridade o combate às principais doenças relacionadas com o estilo de vida dos idosos e passou-se a por em prática o conceito de envelhecimento ativo.

Segundo a OMS, o melhor indicador que permite avaliar a saúde do idoso é a funcionalidade, prendendo-se com a capacidade do idoso realizar atividades diárias de forma independente. A partir da capacidade funcional, o envelhecimento bem-sucedido implica saúde física e mental, sendo que a perda de funcionalidade se relaciona com perdas inerentes ao processo de envelhecimento. Portanto, envelhecer bem, implica saúde, atividade e a manutenção das relações pessoais (Cardão, 2009).

Em suma, o envelhecimento deve ser encarado como uma experiência positiva. Os idosos devem ser estimulados a continuar a investir no seu potencial de modo a preservar a sua saúde e o seu bem-estar físico, mental e social, tendo em conta é certo, as necessidades e capacidades individuais.

## **PARTE 2 – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

---

A segunda parte apresenta os dois estudos que realizámos. Importa referir que ambas as investigações foram efectuadas nas mesmas instituições gerontológicas, para melhor estudarmos o tema em análise e para que fosse possível compararmos de forma mais eficaz, as práticas desenvolvidas a partir das políticas de saúde, pelas instituições de contexto rural e urbano. Assim permitiu-nos perceber a sua repercussão na qualidade de vida e prevenção de doenças, dos idosos nelas acolhidas.

A primeira investigação consistiu num **estudo de caso qualitativo**, sobre o discurso das Diretoras Técnicas de cada instituição (rural e urbana), recolhido através de uma entrevista semiestruturada, sobre as estratégias desenvolvidas diariamente com os idosos que acolhem a partir das políticas de saúde e o grau de aproximação ou afastamento com os três pilares fundamentais do *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*. O segundo estudo, foi do tipo **quantitativo**, realizado mediante a aplicação de um inquérito por questionário aos idosos institucionalizados em contexto rural e urbano nas mesmas instituições do primeiro estudo. Numa primeira parte do questionário, foram recolhidos dados acerca do perfil sociodemográfico e auto percepção da saúde da amostra. A partir da segunda parte do questionário, as questões incidiram já sobre as políticas de saúde e o reflexo que as estratégias desenvolvidas pelas instituições têm no dia a dia dos idosos com vista à melhoria da qualidade de vida e prevenção da doença.

---

#### PERGUNTA DE PARTIDA PARA OS DOIS ESTUDOS

---

Através da investigação do tema que efetuámos no terreno em ambos os contextos de institucionalização de idosos, e de acordo com os recursos humanos e materiais disponíveis, pretendemos dar resposta à seguinte questão:

- **As estratégias desenvolvidas pelas instituições a partir das políticas de saúde favorecem a qualidade de vida e a prevenção da doença, dos idosos institucionalizados em contexto rural e urbano?**

---

## OBJETIVOS DOS ESTUDOS

---

O **objetivo geral para os dois estudos** realizados foi:

- Perceber como é que as estratégias desenvolvidas a partir das políticas de saúde se repercutem na qualidade de vida e se atuam na prevenção de doenças nos idosos institucionalizados em contexto rural e urbano.

**Como objetivo específico do primeiro estudo** (estudo de caso qualitativo) pretendeu-se:

- Analisar e interpretar o discurso das Diretoras Técnicas acerca da forma como são colocadas em prática no quotidiano dos idosos institucionalizados as políticas de saúde e que estratégias são seguidas diariamente pelas instituições, que se aproximam ou se afastam, aos três pilares fundamentais do *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas (2004-2010)*.

Já os **objetivos específicos do segundo estudo** (estudo de caso quantitativo) foram os seguintes:

- *Conhecer a percepção que os idosos institucionalizados têm da sua própria saúde, bem-estar e qualidade de vida, comparando aqueles que vivem institucionalizados em contexto rural com os que vivem em contexto urbano* – Neste estudo, foi fulcral conhecer a autopercepção de cada idoso relativamente a estes conceitos de acordo com o dia a dia de cada um na instituição.
- *Perceber de que forma a presença de colaboradores especializados nas Instituições, influenciam na qualidade de vida e no estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas*. Em primeiro lugar coube-nos comprovar que técnicos especializados existiam nas instituições de ambos os contextos e seguidamente, verificar de que forma o trabalho desenvolvido diariamente pelos mesmos pode contribuir ou não, para a melhoria da qualidade de vida e saúde de cada cliente.

---

## HIPÓTESES DO ESTUDO QUANTITATIVO

---

As hipóteses são afirmações provisórias que ajudam a nortear o estudo quantitativo, sendo testadas ao longo da investigação.

Foram colocadas as seguintes hipóteses para o estudo quantitativo realizado:

**Hipótese 1:** As estratégias seguidas a partir das políticas de saúde pela instituição em contexto rural têm reflexos mais positivos na qualidade de vida e prevenção da saúde dos idosos em comparação aos idosos institucionalizados em contexto urbano.

**Hipótese 2:** As estratégias seguidas pela instituição em contexto urbano têm reflexos mais positivos na qualidade de vida e prevenção da saúde dos idosos em comparação ao contexto rural.

**Hipótese 3:** O nível de escolaridade melhora a autopercepção da saúde e qualidade de vida nos idosos institucionalizados em contexto rural e urbano.

**Hipótese 4:** O nível de escolaridade piora a autopercepção da saúde e da qualidade de vida nos idosos institucionalizados em contexto rural e urbano.

**Hipótese 5:** As estratégias desenvolvidas pelas instituições a partir das políticas de saúde apresentam reflexos semelhantes na qualidade de vida e prevenção da saúde, tanto nos idosos institucionalizados em contexto rural, como nos idosos institucionalizados em contexto urbano.

**Hipótese 6:** As estratégias desenvolvidas pelas instituições a partir das políticas de saúde apresentam reflexos distintos na qualidade de vida e prevenção da saúde, tanto nos idosos institucionalizados em contexto rural, como nos idosos institucionalizados em contexto urbano.



alargamento e remodelação das instalações. O principal objetivo consistiu em expandir as infraestruturas, aumentando assim o número de vagas para 50 clientes.

O Centro Social Paroquial do Romeu é uma IPSS sem fins lucrativos, pertencente à Igreja Católica. Atua prioritariamente no concelho de Mirandela e presta serviços de apoio social e de saúde à comunidade com maior enfoque na população idosa e dependente. Pretende responder às necessidades e expectativas dos clientes procurando assim aumentar a sua qualidade de vida.

A principal visão da instituição é aumentar a qualidade dos serviços prestados de forma eficaz e proporcionar respostas sociais individualizadas de forma a aumentar a felicidade da comunidade, sendo o lema da instituição: *“Mais Proximidade, maior Felicidade!”*

#### Instituição em contexto urbano: Centro Social da Paróquia de Rio Tinto



FIGURA 2 - DISTRITO DO PORTO NO MAPA DE PORTUGAL



FIGURA 3- CONCELHO DE GONDOMAR

O *Centro Social da Paróquia de Rio Tinto* surgiu em 1982, sendo pertença da Igreja Católica. Inicialmente esta instituição surgiu como salão de atividades lúdicas, particularmente dirigidas a crianças e jovens da localidade. Em 1983, a instituição passou a assumir como principal função o apoio à população idosa, com repostas sociais de Centro de Dia, Centro de Convívio e Apoio Domiciliário, dispondo também de um Bar aberto à comunidade.

Em 1991, deu-se início à resposta social de lar de idosos, com a qual se pretendeu ir de encontro às ambições da terceira idade, tendo como principais objetivos o bem-estar físico, mental e social, respeitando sempre a dignidade de cada pessoa. Atualmente o número de clientes ascende aos 60 na resposta social de Lar de Idosos. Destes, 14 são totalmente dependentes, 17 semidependentes e 29 relativamente autónomos.

A natureza jurídica desta instituição é o de Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), pelo que mantém um protocolo de cooperação com a Segurança Social.

---

## METODOLOGIA

---

A escolha de um método para a realização de um estudo é imprescindível em qualquer investigação, que por sua vez vai facilitar ao investigador a recolha de informação e respetiva análise e interpretação de resultados.

O método utilizado para o desenvolvimento desta investigação foi o estudo de caso comparativo, pois permitiu-nos estudar de forma mais aprofundada o tema desta investigação, durante um curto período de tempo, tendo em conta uma amostra específica e comparável.

De acordo com Bell (2008), os estudos de caso são geralmente considerados estudos qualitativos, podendo também combinar uma grande variedade de métodos, incluindo técnicas quantitativas.

---

## INVESTIGAÇÃO MISTA - QUALITATIVA E QUANTITATIVA

---

Sabendo que hoje em dia os dados quantitativos e qualitativos se complementam, a metodologia que foi utilizada neste **estudo de caso comparativo**, quanto à forma de abordagem, é designada de **investigação mista**, uma vez que assentou em **técnicas quantitativas (inquérito por questionário)** e **qualitativas (entrevista)**, esperando que uma visão multidimensional do tema em estudo contribuísse para a obtenção de resultados mais eficazes. Também a **observação**, que resultou da experiência relacional com os participantes nos estudos e a visita guiada concedida pelas instituições, permitiu-nos certamente uma melhor análise dos resultados obtidos.

No estudo quantitativo recorreu-se à estatística descritiva para expressar os resultados obtidos, enquanto no estudo qualitativo procurámos responder a questões muito particulares do tema estudado. Sendo um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, atuamos sobre um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (Minayo, 2004, p.22, citado por Neves & Domingues, 2007). Para Serapioni (2000), os métodos qualitativos focalizam particularidades do grupo estudado, no entanto são débeis em termos da possibilidade de generalizar resultados. Devem ser utilizados quando o tema em estudo não é bem conhecido, de modo a

emergirem novos aspetos e explicar significados, da perspetiva do sujeito entrevistado.

Acerca da complementaridade destas duas técnicas, Shaffer e Serlin (2004, p.23, citado por Morais & Neves, 2007), dizem-nos que os métodos qualitativos e quantitativos são métodos que possibilitam garantir a apresentação de uma amostra adequada. Ambos os métodos constituem tentativas para projetar um conjunto finito de informação para uma população mais ampla, isto é, uma população de indivíduos no caso do típico inquérito quantitativo, ou uma recolha de observações na análise qualitativa.

A pesquisa qualitativa é certamente vantajosa nesta investigação por permitir a análise de um assunto complexo. É uma técnica de pesquisa direcionada para a obtenção de dados descritivos perante o contato direto do investigador com a situação, objeto de estudo. A partir daí, o investigador vai procurar interpretar os fenómenos através dos dados recolhidos, essencialmente descritivos, como foi dito anteriormente. De acordo com Suassuna (2008), para se investigar determinados assuntos, os métodos quantitativos são úteis e por vezes indispensáveis, no entanto, na pesquisa qualitativa, não há grande preocupação com amostragens e quantificações, que foi o caso neste estudo.

Também Gonsalves (2001, citado por Suassuna, 2008, p.354) faz uma abordagem às características das diferentes técnicas utilizadas nesta investigação mista. O autor caracteriza a abordagem quantitativa como aquela em que *“o pesquisador procura explicar as causas do fenómeno em estudo, por meio de medidas objetivas, estatísticas e testes de hipóteses”*. Quanto à técnica qualitativa, o autor refere como sua principal marca, *“a compreensão e interpretação dos fenómenos, considerando os significados que os sujeitos atribuem às práticas”*.

## CAPÍTULO 3 - DESCRIÇÃO DO PRIMEIRO ESTUDO REALIZADO

---

### 3.1. METODOLOGIA QUALITATIVA

---

A técnica utilizada para recolha de dados no primeiro estudo desta investigação, foi a **entrevista semiestruturada (Anexo5)**. Esta é uma técnica privilegiada que permite intervir diretamente com informadores importantes para o estudo, neste caso, a Diretora Técnica de cada instituição. Ao optarmos pela entrevista semiestruturada neste estudo, tivemos como vantagens: o aproveitamento do tempo disponível, o tratamento mais sistemático dos dados, permitiu-nos um maior aprofundamento da temática, possibilitou introduzir sempre que foi pertinente, novas questões. No entanto, este método de recolha de dados exigiu uma boa preparação por parte do entrevistador, mas por outro lado, acabou por vir a facilitar na análise de conteúdo (Cedro, 2011).

No seu conteúdo, a entrevista é constituída por questões que foram posteriormente apresentadas oralmente ao entrevistado e nesta técnica, é normalmente elaborado um guião de entrevista, que o foi o caso neste estudo, dando particular atenção à formulação de questões essenciais para o tema em investigação. Para uma melhor captação da informação, foi utilizada a gravação (áudio), previamente autorizada pelas entrevistadas. May (2004, citado por Cedro, 2011, p.131) refere que *“nas entrevistas pode ser utilizado o gravador como recurso de captação de toda a informação”*. No entanto, o autor defende que *“o gravador poderá trazer vantagens e desvantagens, pois as transcrições, para além de trabalhosas, também o entrevistado poderá sentir-se inibido”*. Como vantagem, *“o gravador evita que as atenções do entrevistador se desviem com anotações escritas e assim permite a este uma observação eficaz de reações, gestos e expressões do entrevistado ao longo da entrevista”*.

---

### 3.1.1. DESCRIÇÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

---

A entrevista utilizada neste estudo é constituída por 16 questões e por um quadro de breve caracterização dos entrevistados e outras informações úteis, como a composição da equipa técnica das instituições estudadas.

O conteúdo das questões da entrevista vão de encontro às três políticas de saúde para os idosos, abordadas neste estudo, como: a **promoção de um envelhecimento ativo, a adequação de cuidados às necessidades específicas de cada idoso** e a política de **promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência**, pretendendo saber concretamente que estratégias são utilizadas pelas instituições para colocarem em prática estas três políticas de saúde no dia a dia dos idosos e conhecer que repercussões têm, na qualidade de vida e prevenção da doença dos idosos que acolhem. Também quisemos saber inicialmente, o balanço da experiência de trabalhar com idosos nos diferentes contextos, qual o contexto de origem dos idosos acolhidos e foi feita uma breve caracterização dos grupos.

O discurso de ambas as Diretoras Técnicas procurou ir de encontro ao relato de situações diárias, partindo mesmo de exemplos concretos, enquanto procedimentos habituais.

A entrevista foi constituída por questões abertas e fechadas, em que se pretendia alguma fundamentação ao assunto questionado, enquanto algumas questões iam de encontro a dados mais concretos.

---

### 3.1.2. PROCEDIMENTO

---

Inicialmente, aquando do pedido de colaboração neste estudo às instituições (Anexo 1), foi solicitada e permitida a entrevista com a Diretora Técnica que representou cada uma das instituições. Posteriormente foi agendado o dia e hora de cada entrevista e procedeu-se à realização da mesma, utilizando como recurso de captação de toda a informação, a gravação áudio, previamente autorizada.

As entrevistas em ambos os contextos decorreram em abril de dois mil e doze. O local escolhido para a realização das entrevistas foram: em contexto rural, a sala de

reuniões da instituição, cuja duração foi de aproximadamente dezoito minutos e em contexto urbano, a entrevista decorreu no gabinete da Diretora Técnica e teve a duração de trinta minutos.

Uma vez que o registo dos dados obtidos se processou através de gravação áudio, considerámos que o local de realização das entrevistas foi adequado e silencioso, o que permitiu uma boa captação da informação. Depois de concluídas as entrevistas, procedeu-se à audição e transcrição integral das mesmas e posteriormente, analisámos o seu conteúdo.

Todos os procedimentos deste estudo foram realizados após o consentimento dos intervenientes, respeitando os princípios éticos.

---

### 3.2. DISCURSOS ESTUDADOS

---

Este estudo qualitativo foi realizado com duas Diretoras Técnicas: uma em representação da instituição de meio rural e outra em representação da instituição de meio urbano. Como **critério de inclusão**, definimos que: devia exercer funções de Diretora Técnica no lar e como **critério de exclusão**, considerámos: qualquer técnico que trabalhasse no lar sem exercer funções de Direção Técnica.

Neste estudo, estávamos interessados na opinião dos elementos entrevistados, nos seus discursos e nas suas perceções, não pretendendo fazer generalizações dos resultados obtidos.

Os nomes das Diretoras Técnicas entrevistadas não foram em caso algum divulgados.

### 3.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS: ENTREVISTAS (ANÁLISE QUALITATIVA)

Os dados qualitativos obtidos após a realização das entrevistas foram estudados através da análise de conteúdo dos discursos de cada Diretora Técnica. Começamos por fazer a transcrição integral das entrevistas, recorrendo à gravação áudio do seu conteúdo como elemento de captação da informação. Recorrendo ao guião semiestruturado da entrevista, selecionaram-se as informações e ideias mais importantes em ambos os discursos, optado assim pelas transcrições pertinentes.

As respostas e as informações mais significativas obtidas nos diferentes contextos de institucionalização de idosos, são referidas em pequenos excertos nas tabelas posteriormente apresentadas, para que assim pudesse facilitar a interpretação dos resultados do tema estudado e chegar a algumas conclusões.

**Tabela 1.** Elementos de caracterização dos entrevistados e equipa técnica das instituições

Caracterização dos entrevistados	Área de Formação	Idade	Género	Tempo de trabalho na instituição	Equipa Técnica da Instituição
Contexto rural	Assistente Social	35	Feminino	8 anos	Educadora Social; Animadora Sociocultural; Assistente Social; Psicomotricista; Enfermeiro; Diretora Técnica; Médico.
Contexto urbano	Advogada	34	Feminino	9 anos	Assistente Social; Psicóloga; Médico; Enfermeiras; Professor de Educação Física; Animadora Sociocultural.

Fonte: Elaboração própria – Elementos recolhidos em entrevista com as Diretoras Técnicas das Instituições

Na **Tabela 1**, é feita a caracterização sucinta das entrevistadas quanto à área de formação, idade, género e tempo de trabalho na instituição. Pedimos também a cada entrevistada que fizesse referência à equipa técnica da instituição. Verificámos em contexto rural, um maior número de técnicos especializados em diferentes áreas de intervenção.

**Tabela 2.** Balanço da experiência do trabalho com idosos

Contextos em análise	Excertos das entrevistas
<b>Contexto rural</b>	<i>“... É um balanço positivo, gratificante e ao mesmo tempo de aprendizagem...a diversidade de população idosa obriga-nos a novos desafios e a uma constante atualização de novos conhecimentos (...) o entender o outro e ser entendido é para mim um motivo de realização pessoal e profissional (...) um bom profissional tem de ter a capacidade de saber ouvir e compreender as necessidades e anseios dos clientes (...)”.</i>
<b>Contexto urbano</b>	<i>“ É uma experiência muito positiva... permitiu-me trazer á minha vida profissional uma dimensão pessoal e humana, que uma Licenciatura em Direito... só por si, não traria”.</i>

Fonte: Elaboração própria – Excertos das Entrevista com as Diretoras Técnicas das Instituições

Certamente, todos nós temos formas distintas de encarar o envelhecimento, assim como também será diferente de pessoa para pessoa, a forma como se lida diariamente com os mais velhos. Após o início das entrevistas e recolhidos alguns dados de identificação pessoal e dados profissionais, questionamos as entrevistadas acerca do balanço da experiência do trabalho com idosos e verificamos em ambos os contextos rural e urbano, um balanço profissional e pessoal muito positivo, que podemos comprovar pelas transcrições das respostas na **Tabela 2**. Observámos que quando questionadas as entrevistadas sobre este assunto, ambas demonstraram alegria e carinho no trabalho diário com idosos.

**Tabela 3.** Caracterização dos idosos pelas entrevistadas (Diretoras Técnicas)

Contextos em análise	Contexto de Origem dos idosos	Tipo de relação entre os idosos aquando da entrada na instituição	Caracterização do grupo
Contexto rural	"Meio rural"	"Já se conheciam"	"Grupo muito homogéneo"
Contexto urbano	"Meio urbano"	"Relações de amizade e conhecimento com outros idosos da freguesia"	"Grupo muito heterogéneo"

Fonte: Elaboração própria – Dados recolhidos em Entrevista com as Diretoras Técnicas das Instituições

Na **Tabela 3** constam dados sucintos, facultados pelas entrevistadas quanto à caracterização do grupo de idosos com os quais trabalham diariamente, a sua origem e o tipo de relações estabelecidas antes da entrada para a instituição. Comparativamente, averiguámos tratarem-se de grupos bem distintos: em contexto rural, a grande maioria dos idosos também têm como origem os meios rurais, são pessoas que quase todas já se conheciam e trata-se ainda, de um grupo muito homogéneo, com formas de pensar e hábitos culturais e diários muito iguais entre si; em contexto urbano, os idosos têm como origem os meios urbanos e muitos deles já tinham relações de amizade ou de algum conhecimento aquando da entrada para a instituição, tratando-se este de um grupo muito heterogéneo, composto por idosos que muito se diferenciam entre si.

**Tabela 4.** Classificação da saúde dos idosos na perspetiva de cada Diretora Técnica

Contextos em análise	Excertos das entrevistas
Contexto rural	"... Boa, no entanto verifica-se a presença de patologias associadas à terceira idade...como a diabetes, hipertensão, o colesterol, patologias ligadas com o sistema cardiovascular...".
Contexto urbano	"... Boa...com a nossa ajuda. (...) O adjetivo que caracterizaria é a estabilidade, todos eles estão estáveis, estão devidamente acompanhados... é inegável que todos eles têm problemas de alguma natureza (...)".

Fonte: Elaboração própria – Excertos das Entrevistas com as Diretoras Técnicas das Instituições

Na **Tabela 4**, constam excertos da análise do conteúdo obtido em entrevista com cada Diretora Técnica das Instituições nos diferentes contextos rural e urbano quanto à classificação da saúde dos idosos, onde comprovamos pelas respostas obtidas, que em ambos os contextos, a saúde dos idosos é classificada como “boa”, com o devido acompanhamento e permanente vigilância dos profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros presentes diariamente em ambas as instituições e um Médico que acompanha os idosos semanalmente.

**Tabela 5.** Promoção do envelhecimento ativo: procedimento das instituições

Contextos em análise	Excertos das entrevistas
<b>Contexto rural</b>	<p><i>“ (...) Há uma vigilância permanente do estado de saúde com consultas periódicas para apreciação e prevenção primária de certas patologias (...).</i></p> <p><i>“ (...) Desenvolvimento de atividades lúdicas, tais como: jogos de desenvolvimento cognitivo, físico...onde se procura estimular e manter as capacidades ativas dos clientes (...).”</i></p> <p><i>“ (...) O incentivo á prática de exercício físico diário e o desenvolvimento de atividades de vida diária...estimulam a autonomia e independência, o que promove um envelhecimento cada vez mais ativo...”</i></p> <p><i>“ (...) Participam de forma ativa na vida da comunidade (...).”</i></p> <p><i>“ (...) A grande maioria vê ou está com a família semanalmente, quando a família, os filhos ou os netos se deslocam à instituição”.</i></p>
<b>Contexto urbano</b>	<p><i>“ (...) Mesmo os utentes chamados dependentes, que estão em cadeiras de rodas, participam em aulas de exercício físico (...) há um projeto de mobilidade especialmente pensado para os mais velhos... temos aulas de piscina...através de um protocolo que mantemos com a Câmara Municipal... que nos disponibiliza as piscinas municipais aqui da freguesia (...).</i></p> <p><i>“(...) temos um rancho folclórico, portanto, promovemos a dança, o canto, a música...”</i></p> <p><i>“ (...) Dinamizamos passeios, convívios interinstitucionais e intergeracionais, que é uma coisa que os mais velhos gostam muito, que é o contato com crianças e tentamos sempre ir de encontro às necessidades de cada um... por isso é que temos uma forte aposta também na parte da animação...”</i></p> <p><i>“(...) é mantido o contacto com a comunidade envolvente”.</i></p> <p><i>“ (...) têm a família muito presente”.</i></p>

Fonte: Elaboração própria – Excertos das Entrevistas com as Diretoras Técnicas das Instituições

Através da interpretação da **Tabela 5**, evidenciamos os procedimentos gerais das instituições quanto à sua forma de atuação na promoção do envelhecimento ativo dos seus clientes. Para além dos procedimentos habituais das instituições, existem outros procedimentos fulcrais para um bom envelhecimento ativo que as instituições devem ter em conta, falamos por exemplo, do facto do idoso continuar em contacto permanente com a comunidade envolvente e com a família. Em contexto rural, A Diretora Técnica referiu que todos os clientes com capacidade de locomoção participam de forma ativa na vida da comunidade, como por exemplo, em idas à missa, vão à igreja da aldeia, participam em convívios locais e em atividades exteriores organizadas, como visitas a museus, teatros, passeios e festas regionais, festas religiosas e culturais de outras localidades e o convívio entre outras instituições. Os idosos também têm como hábito a organização de grupos para fazerem os seus próprios passeios pela aldeia. **Em contexto urbano**, a Diretora Técnica referiu que é mantido o contato com a comunidade envolvente, quer através das famílias porque a generalidade das famílias são presentes, visitam-nos, levam-nos a passear, e a instituição também permite esse contacto, quer em idas ao banco, através dos convívios interinstitucionais que se dinamizam e mesmo através do rancho folclórico da instituição, que atua noutras instituições e em determinados eventos quando são solicitados.

Quanto à conservação de laços familiares dos idosos institucionalizados em **contexto rural** e sabendo da importância dos afetos para um bom envelhecimento ativo, a Diretora Técnica referiu que a grande maioria dos idosos vê ou está com a família semanalmente, quando a família, os filhos ou os netos se deslocam à instituição. Já em casos pontuais, quando os familiares estão no estrangeiro, visitam os idosos duas vezes por ano. A Diretora Técnica da instituição em **contexto urbano** mencionou que há uma percentagem significativa de utentes que têm a família muito presente.

**Tabela 6.** Contributo dos técnicos especializados nas instituições

Contextos em análise	Técnicos especializados	Atividades que desenvolvem
<b>Contexto rural</b>	<i>Animadora Sociocultural</i>	<i>“Atividades de animação, através de jogos, como dinâmica de grupos, jogos de memória e trabalhos manuais...”</i>
	<i>Educadora Social</i>	<i>“Dá aulas de alfabetização; promove atividades que estimulem o próprio convívio entre as famílias e os clientes, por exemplo, lanche convívio, nas festas de Natal, ou outros dias festivos...”</i>
	<i>Psicomotricista</i>	<i>“Promove a prática de exercícios físicos associados á animação e interage com os clientes...”</i>
	<i>Enfermeiro</i>	<i>“Realiza palestras de sensibilização e informação sobre várias patologias; Sensibiliza diariamente os utentes a não terem comportamentos de risco.”</i>
<b>Contexto urbano</b>	<i>Animadora Sociocultural</i>	<i>“Fazemos uma grande aposta na dinamização de atividades, no ponto de vista da animação sociocultural (...) temos um plano de atividades perene...o rancho folclórico ensaia á quarta-feira á tarde (...), na última sexta-feira de cada mês celebra-se o aniversário de todas as pessoas que fizeram anos nesse mês (...), á sexta-feira, joga-se o bingo (...) e depois em articulação com outros técnicos, vão-se definindo outras atividades, nomeadamente, passeios, saídas ao exterior, contacto com as instituições...”</i>

Fonte: Elaboração própria – Excertos das Entrevistas com as Diretoras Técnicas das Instituições

A **Tabela 6** dá particular destaque ao contributo dos técnicos especializados nas instituições, onde verificámos que em **contexto urbano** têm como principal aposta, a dinamização de atividades de animação sociocultural, desenvolvidas sobretudo, pela Animadora. Em **contexto rural**, para o desenvolvimento de atividades, a instituição aposta em técnicos como: a Animadora Sociocultural, a Educadora Social, a Psicomotricista e o Enfermeiro, promovendo atividades aos mais diversos níveis para os idosos.

Comprovámos a existência de mais técnicos especializados em **contexto rural** para o desenvolvimento de atividades diversificadas, enquanto em **contexto urbano**, existia apenas uma forte aposta na Animadora Sociocultural.

**Tabela 7.** Melhoria da qualidade de vida de cada idoso, através da participação em atividades desenvolvidas por técnicos especializados

Contextos em análise	Excertos das entrevistas
<b>Contexto rural</b>	<i>“ Só com a conjugação de vários saberes e várias áreas de intervenção é que é possível promover o envelhecimento ativo...permite-nos responder de forma personalizada e individualizada a cada situação, promovendo a melhoria de qualidade de vida de cada um (...)”.</i>
<b>Contexto urbano</b>	<i>“ (...) Quanto mais Técnicos especializados houver...melhor. Portanto, mais valorizados estão os serviços que pela instituição são prestados, e mais beneficia o utente dessa qualidade crescente...é inegável...”.</i>

Fonte: Elaboração própria – Excertos das Entrevistas com as Diretoras Técnicas das Instituições

Os excertos contidos na **Tabela 7** demonstraram que as entrevistadas de ambos os contextos consideraram que a participação dos idosos nas atividades realizadas por técnicos especializados favorecia a qualidade de vida dos mesmos, sendo em contexto rural ou urbano.

Sendo assim, considerámos que a aposta no desenvolvimento de atividades de animação, ocupação, informação, educativas e de lazer, de entre outras, através de Técnicos Especializados nas instituições de ambos os contextos tende a otimizar a qualidade de vida de cada utente, inclusivamente prevenindo doenças.

**Tabela 8.** A adequação de cuidados às necessidades específicas de cada idoso: diagnóstico e intervenção

Contextos em análise	Excertos das entrevistas
<b>Contexto rural</b>	<i>“ (...) A própria missão e valores da instituição tem como objetivo centrar-se nas necessidades específicas e individuais de cada cliente. Ou seja, nós temos um lema «Maior proximidade, maior Felicidade!» (...) só estando em contacto direto com eles e convivendo com eles diariamente, é que conhecemos realmente as verdadeiras necessidades...”.</i>  <i>“ (...) o reconhecimento das necessidades...começam aquando da admissão dos clientes, em que é feito o levantamento das mesmas junto das famílias e vai sendo alterado de acordo com as novas necessidades e expetativas do cliente”.</i>
<b>Contexto urbano</b>	<i>“ (...) Existem os chamados manuais de gestão da qualidade das respostas sociais e a instituição, já há muito tempo, vem definindo um plano de desenvolvimento</i>

*individual para cada utente (...)*”.

*“ (...) Sempre que há uma admissão (...) tentamos conhecer essa história e melhor definir o plano de desenvolvimento individual, para quem chega até nós...vamos definindo determinados pormenores... vamos direccionar um novo utente para as atividades desenvolvidas pela instituição, que possam ir mais de encontro à trajetória de vida, relevando aqueles aspetos que serão mais importantes para um melhor enquadramento na resposta social...o lar.”*

*“ (...) No período de admissão... fica registado o levantamento das necessidades aos mais diversos níveis (...)*”.

*Fonte: Elaboração própria – Excertos das Entrevistas com as Diretoras Técnicas das Instituições*

Na **Tabela 8**, constam informações obtidas em entrevista com as Diretoras Técnicas das Instituições acerca da **adequação de cuidados às necessidades específicas dos idosos que acolhem**. Em primeiro lugar, é fulcral conhecer como é feito o diagnóstico dessas mesmas necessidades. Assim sendo, as informações obtidas relativamente ao diagnóstico das necessidades de cada idoso, foram as seguintes: **em contexto rural**, relativamente ao reconhecimento das necessidades, este começa aquando da admissão dos clientes. É feito o levantamento das mesmas junto das famílias, que ao longo do tempo vai sendo atualizado de acordo com a evolução das necessidades e expetativas do cliente. **Em contexto urbano**, foi-nos dito que no período de admissão, quando os familiares ou o utente se dirigem à instituição fica registado o levantamento das necessidades aos mais diversos níveis, quer do ponto de vista de uma alimentação diferenciada, a nível da higiene pessoal, a nível de autonomia, da capacidade para desempenhar determinadas tarefas e ao longo do tempo essa informação vai sendo atualizada. É também elaborado um plano de desenvolvimento individual, de acordo com a observação do idoso na instituição, que poderá vir a ser direccionado por exemplo, para o desenvolvimento de novas atividades na instituição.

**Tabela 9.** Ida ao médico, periodicidade de rastreios de saúde e medicação: o acesso a cuidados de saúde primários

Contextos em análise	Ida ao médico/acesso a rastreios de saúde	Medicação
<b>Contexto rural</b>	<p>“São acompanhados pelo Enfermeiro da instituição numa ida ao Médico ou por auxiliares”;</p> <p>“Aos clientes com patologias associadas, o rastreio é realizado mensalmente; clientes sem patologias identificadas, é uma consulta de 3 em 3 meses”;</p> <p>“Temos a Presença do Enfermeiro diariamente e de um Médico uma vez por semana”.</p>	<p>“Fica a cargo do Enfermeiro, na ausência deste, fica a cargo de uma auxiliar”.</p> <p>“Não há nenhum cliente com capacidade de administrar a sua própria medicação”.</p> <p>“Quando entram para a instituição já sabem o que é que tomam...se por acaso há a necessidade de outro medicamento acrescido... eles vão perguntar para o que aquilo é e como devem tomar...”</p>
<b>Contexto urbano</b>	<p>“São acompanhados em idas ao Médico pelos Ajudantes de Ação Direta da Instituição... e a família se quiser acompanhar, também pode, naturalmente...”</p> <p>“Os rastreios de saúde são feitos mensalmente: o Médico vem cá todas as semanas e vai avaliando também em função do agravamento ou não, do estado de saúde de cada um...”</p>	<p>“A medicação é organizada pelas Enfermeiras que preparam, colocam a medicação em taças individualizadas para cada utente”.</p> <p>“A medicação é administrada por técnicos auxiliares de ação direta e confirmam se é feita utente a utente (...) Apenas dois utentes administram a medicação sozinhos”.</p>

Fonte: Elaboração própria – Excertos das Entrevistas com as Diretoras Técnicas das Instituições

A **Tabela 9** representa, de acordo com as informações obtidas em entrevista com a Diretora Técnica de cada instituição, o acesso a cuidados de saúde primários, no que diz respeito a uma simples ida ao médico, à periodicidade de rastreios de saúde e administração da medicação. Verificámos pelas informações recolhidas, que existe a preocupação de ambas instituições em assegurar todos os tipos de cuidados de saúde, desde o acompanhamento a consultas médicas, na realização de rastreios de saúde, principalmente aos idosos com patologias associadas que estão em permanente vigilância diariamente pelos Enfermeiros e, semanalmente, por um Médico e pelas

próprias Auxiliares, que estão em permanente vigilância da saúde de cada idoso. Também a administração e preparação da medicação dos idosos fica a cargo do Enfermeiro e das Auxiliares, devidamente formadas para o efeito, podendo prestar esclarecimentos adicionais aos idosos em qualquer momento. Assim, perante os relatos feitos, percebemos que ambas as instituições estudadas têm práticas semelhantes na vigilância e acompanhamento da saúde dos idosos.

**Tabela 10.** Promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência

Contextos em análise	Estruturas arquitetônicas que permitem facilitar a funcionalidade e segurança do idoso na instituição
Contexto rural	<p><i>“...Rampas de acesso, corrimões, elevadores e todas as ajudas técnicas necessárias nas casas de banho, desde por exemplo, barras de apoio no duche e sanitas, sistema de alarme em caso de queda...os sistemas de alarme existem em todos os quartos...camas articuladas, com grades laterais...”.</i></p> <p><i>“ (...) Todos os idosos sabem da existência de extintor, sabem para que servem e no caso de acontecer a qualquer momento uma situação de emergência, as auxiliares estão devidamente formadas para esse fim e deverão encaminhar os clientes”.</i></p>
Contexto urbano	<p><i>“...Temos dois elevadores (...). A nível da higiene, por exemplo, as rampas de acesso nas banheiras para cadeiras de rodas, a criação de quartos individuais, de enfermarias para as pessoas que têm alguns problemas de saúde...vamos sempre tentando adaptar o espaço físico da instituição, às necessidades dos idosos (...) temo-nos vindo a adaptar a todas essas necessidades...a colocação, por exemplo, nos quartos e casas de banho, de apoios para deslocação...”.</i></p> <p><i>“ (...) Existe um plano de segurança contra incêndios definido, uma planta de emergência, com funcionários devidamente habilitados, com formação na área, que sabem como reagir em situações de crise (...).Já chegamos a fazer um simulacro na instituição com a intervenção de todos os funcionários (...) existe também alarme contra a intrusão de terceiros (...)”.</i></p>

Fonte: Elaboração própria – Excertos das Entrevistas com as Diretoras Técnicas das Instituições

Na **Tabela 10**, estão transcritas algumas das informações relatadas pelas entrevistadas de cada instituição, as estruturas arquitetônicas que permitem facilitar a funcionalidade do idoso na instituição, promovendo a autonomia e independência dos clientes.

Na perspectiva da entrevistada em **contexto rural**, não existem atualmente barreiras arquitetônicas que possam dificultar a mobilidade dos idosos e o acesso a determinados locais. No entanto, ao nível da segurança **em contexto rural**, foi referido que todos os idosos sabem da existência de extintor e no caso de acontecer a qualquer momento uma situação de emergência, as auxiliares estão devidamente formadas para esse fim e deverão encaminhar os clientes. **Em contexto urbano**, trata-se de um edifício mais antigo e de três andares, que ao longo dos anos, se foi adaptando às necessidades dos clientes. Quanto à segurança, a Diretora referiu que existe um plano de segurança contra incêndios definido, uma planta de emergência, com funcionários devidamente habilitados, que sabem como reagir nessas situações. Já chegaram a fazer um simulacro na instituição com a intervenção de todos os funcionários para saber como reagir. Em termos de segurança, existe também alarme contra a intrusão de terceiros e durante a noite, as funcionárias que estão ao serviço, sabem como acionar e como desligar depois no período da manhã.

De acordo com o discurso das entrevistadas e também pela observação de todo o espaço físico das instituições, permitido através de uma visita guiada em ambos os contextos, percebemos que as instituições em ambos os contextos dispõem de espaços físicos que permitem a plena segurança e mobilidade dos idosos em todos os locais, o que lhes possibilita usufruírem de maior autonomia e independência no dia a dia, e por sua vez maior qualidade de vida.

**Tabela 11.** Satisfação das necessidades básicas do idoso institucionalizado: sinónimo de felicidade

Contextos em análise	Excertos das entrevistas
Contexto rural	<i>“ (...) Há muitos anos atrás, a satisfação das necessidades básicas era sinónimo de felicidade e bem-estar...Atualmente, isso é apenas uma pequena parte do bem-estar ao nosso entender...temos que olhar para o cliente como um todo e tentar desenvolver meios que permitam a sua satisfação global, não descuidando da sua alimentação e higiene, mas também promover o seu desenvolvimento social, físico e mental...tão importante para a...qualidade de vida é comer uma boa refeição...como elevar a sua auto-estima, sentindo-se úteis e ativos...”.</i>
Contexto urbano	<i>“... a satisfação das necessidades básicas é fundamental (...) mas a atuação da instituição tem que ir muito para além disso (...) tentamos promover o envelhecimento ativo, promover a autonomia, porque a autonomia do idoso é também importante para nós, sob pena de nós nos tornarmos numa casa sem vida e não é isso que nós pretendemos...Nós tentamos sempre ajudar as pessoas, nem que seja aquela pequena conquista de conseguirem comer sozinhos(...)”.</i>

Fonte: Elaboração própria – Excertos das Entrevistas com as Diretoras Técnicas das Instituições

Na **Tabela 11**, segundo os discursos das entrevistadas dos diferentes contextos rural e urbano, percebemos que a felicidade dos idosos institucionalizados não depende somente da satisfação das necessidades básicas de vida diária como a higiene e a alimentação. As Instituições intervêm muito para além disso, de modo a promover o desenvolvimento social, físico e mental dos idosos através de diversas atividades, estimulando também a autonomia e independência de cada cliente em situações diárias, de modo a promover o envelhecimento ativo.

**Tabela 12.** Autoperceção da vida de cada idoso com saúde e qualidade de vida no dia-a-dia

Contextos em análise	Saúde e qualidade de vida no dia a dia de cada idoso
<b>Contexto rural</b>	<p><i>“ (...) É possível perceber uma vida saudável em cada cliente...e isso pode ser comprovado com as manifestações de satisfação e prazer que estes clientes transmitem aos seus familiares e amigos. É notório o sorriso e a boa disposição da grande maioria dos idosos no seu dia a dia (...) e ...quando eles vão ao exterior, geralmente numa ida à missa ou ao centro de saúde a uma consulta, quando eles estão bem, quando eles se sentem felizes, fazem questão de divulgar...porque saem daqui e conhecem muita gente...e eles fazem questão de dizer que se sentem bem...temos tudo para que isso aconteça, embora há muitos que têm aquele espírito de contradição...”.</i></p>
<b>Contexto urbano</b>	<p><i>“Claro que sim (...) há muita gente que chega até nós triste, ou porque perdeu o marido ou a esposa, ou porque vem do hospital, de um internamento prolongado, (...) eu atrever-me-ia a dizer que as pessoas aqui se reencontram com a vida, com a alegria e com a felicidade, porque não estão sós, estão rodeados de profissionais capazes e com formação para ir de encontro às suas necessidades...e depois acabam por se relacionar e estabelecer relações de amizade, de proximidade...há pessoas que até se apaixonam...a anterior Diretora chegou a ser madrinha de um casamento entre dois utentes da instituição, que é uma coisa belíssima... eu acho que, no fundo as pessoas são felizes...são mesmo felizes...Claro que depois há aqueles casos de situações de grande dependência, aí o nosso plano de desenvolvimento individual é diferenciado, como é óbvio...”.</i></p>

Fonte: Elaboração própria – Excertos das Entrevistas com as Diretoras Técnicas das Instituições

Perante a análise de conteúdo dos excertos das entrevistas nos diferentes contextos em estudo, percebemos que ambas as Diretoras Técnicas percebem saúde e qualidade de vida no dia a dia de cada utente, com a prática das políticas de saúde em estudo, contribuindo de forma significativa para a preservação da autonomia e promoção do envelhecimento ativo dos idosos que acolhem.

Com o acompanhamento permanente de diversos colaboradores, os idosos acabam por preservar a saúde aos diversos níveis e usufruem de facto de qualidade de vida nas instituições, não só por satisfazerem as suas necessidades básicas de vida diária, mas também porque têm ao seu dispor todos os dias um acompanhamento social, de

ocupação e lazer, que em muito pode contribuir para a melhoria de estados de saúde. Em contexto rural, os idosos saem da instituição e conhecem muita gente e em contexto urbano, as pessoas acabam por estabelecer também dentro da instituição relações de amizade e de amor, que contribui certamente para a preservação da saúde e qualidade de vida.

Após a análise de todo o discurso das Diretoras Técnicas dos diferentes contextos de institucionalização rural e urbano, percebemos que as instituições procuram colocar em prática as políticas de saúde estudadas nesta investigação no dia-a-dia dos idosos que acolhem, de acordo obviamente, com os recursos humanos e materiais disponíveis. Mesmo assim, perante os relatos feitos, vislumbrámos uma proximidade entre as práticas e estratégias desenvolvidas pelas instituições de ambos os contextos e os três pilares fundamentais definidos no *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*, colocando diariamente em prática, os aspetos mais importantes no que a cada política de saúde diz respeito, promovendo assim o envelhecimento ativo dos idosos institucionalizados. Para isso em muito contribuem os técnicos especializados que as instituições dispõem, que estimulam e acompanham os idosos aos mais diversos níveis, proporcionando-lhes qualidade de vida e um acompanhamento permanente da saúde.

## CAPÍTULO 4 – DESCRIÇÃO DO SEGUNDO ESTUDO REALIZADO

---

### 4.1. METODOLOGIA QUANTITATIVA

---

#### 4.1.1. MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (PRÉ-TESTE DE AVALIAÇÃO COGNITIVA)

---

O Mini Exame do Estado Mental (Anexo 3) foi desenvolvido por Folstein e colaboradores (1975) com o objetivo de obter informações acerca do estado cognitivo de um indivíduo. Neste estudo, este instrumento serviu como estudo prévio da situação cognitiva da amostra, comprovando também a clareza e compreensão das perguntas aplicadas aos inquiridos.

Todas as questões do MEEM foram realizadas pela ordem em que se encontravam e receberam de imediato a pontuação de cada tarefa completada com sucesso. No final do exame, todos os pontos foram somados e assim foi determinado o estado cognitivo de cada idoso.

A pontuação do MEEM variou de um mínimo de 0 pontos, o qual indicou o maior grau de comprometimento cognitivo, até um total máximo de 30 pontos, o qual por sua vez, correspondeu à melhor capacidade cognitiva.

O Mini Exame do Estado Mental serviu como pré-teste deste estudo quantitativo, que ajudou a determinar a amostra válida, sendo que um dos critérios de inclusão na mesma passava por ter competências cognitivas mínimas, para que fosse possível, o idoso responder e compreender perfeitamente todas as questões que lhe foram colocadas no inquérito por questionário acerca do estudo, posteriormente.

---

## DESCRIÇÃO DO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

---

O conteúdo do MEEM avaliou aspectos principais da situação cognitiva de cada idoso, como: a orientação temporal e espacial, a retenção, a atenção e cálculo, a evocação (recordação), a linguagem e a habilidade construtiva.

A questão referente à **orientação temporal e espacial** iniciou o teste com 5 questões de orientação temporal e cinco questões de orientação espacial.

Seguidamente, na questão referente à **retenção**, foram pronunciadas três palavras, as quais o idoso devia procura sabê-las de cor para que as repetisse de seguida e era atribuído 1 ponto por cada palavra corretamente repetida.

Na questão seguinte, referente à **atenção e cálculo**, era pedido ao idoso que subtraísse cinco vezes a partir do número 30. Deveria retirar sempre 3 ao número encontrado, até completar as 5 subtrações. A cada resposta correta era atribuído 1 ponto.

Depois, na **evocação**, o idoso devia conseguir recordar-se das três palavras já anteriormente pedidas para mencionar na questão referente à retenção. Era atribuído 1 ponto por cada palavra correta.

Relativamente ao aspeto da **linguagem**, o idoso devia completar 5 tarefas. A primeira tarefa era visualizar três objetos e referir os respetivos nomes. Na segunda tarefa, deveriam repetir corretamente a seguinte frase “O rato roeu a rolha”. Já na terceira tarefa, foi pedido ao idoso que pegasse numa folha com a mão direita, de seguida deveria dobrá-la ao meio e por fim, colocar sobre a mesa. Era atribuído um ponto a cada um dos processos realizado corretamente. Posteriormente, na quarta tarefa, numa folha tinha escrito a seguinte frase “Feche os olhos”, cada idoso deveria ler (no caso de idosos analfabetos a frase era lida em voz alta) e fazer o que dizia a frase. Na quinta e última tarefa no que diz respeito à linguagem, o idoso deveria dizer ou escrever uma frase com sujeito, verbo e que fizesse sentido. Era atribuído um ponto à frase referida/escrita com o que era pedido.

Por fim, na **habilidade construtiva**, cada idoso deveria copiar no espaço em branco do lado direito da folha, a imagem observada do lado esquerdo da folha, sendo esta dois

pentágonos intersectados. Era valorizado que fossem desenhados os cinco lados de cada figura, estando dois dos quais intersectados. Não era valorizado tremor ou rotação.

Já no final do Mini Exame do Estado Mental, constavam três itens de avaliação global do idoso quanto à verbalização, discurso com lucidez e a capacidade de exprimir as necessidades, ao longo do teste.

---

## PROCEDIMENTO

---

Inicialmente foi feito um pedido de autorização à Direção de ambas as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), para que a participação dos idosos no estudo fosse possível.

Após o consentimento da Direção das instituições, foi explicado aos idosos o âmbito do estudo e os principais objetivos. Depois de esclarecidos todos os procedimentos e dúvidas quanto à forma de participação, foi pedida a colaboração dos idosos e assim, voluntariamente, disponibilizaram-se a colaborar, avaliando em primeiro lugar, as suas competências cognitivas no Mini-Exame do Estado Mental.

Na primeira fase deste estudo, os idosos deveriam responder a todas as questões do Mini-Exame do Estado Mental pela ordem em que se encontravam, com ou sem ajuda na leitura, dependendo das necessidades de cada um.

Depois de completadas todas as questões do teste, foi somada a pontuação total obtida para cada idoso e assim ficou determinada a situação cognitiva de cada idoso. Assim sendo, foram consideradas as seguintes cotações para ser considerado défice cognitivo ligeiro: Para analfabetos –22 pontos; de 1 a 11 anos de escolaridade – 24 pontos; 11 anos de escolaridade – 27 pontos.

Os resultados obtidos pelos idosos foram maioritariamente influenciados pelo nível de instrução e pela idade. As pessoas com maior nível cultural e com menor idade, obtiveram certamente uma pontuação considerada normal, enquanto as pessoas pouco escolarizadas e de idade mais avançada, obtiveram um maior grau de comprometimento cognitivo.

---

#### 4.1.2. QUESTIONÁRIO

---

O instrumento adotado para a recolha de dados entre os idosos, foi o inquérito por questionário. Esta é uma técnica vulgarmente utilizada para a obtenção de dados de um grupo de pessoas, normalmente extenso e permitiu deste modo, obter uma dimensão quantitativa relativamente ao assunto em análise. Segundo Miranda (2011, p.7), o questionário *“é um instrumento para recolha de dados constituído por um conjunto mais ou menos amplo de perguntas e questões que se consideram relevantes de acordo com as características e dimensão do que se deseja observar”*.

---

#### DESCRIÇÃO DO QUESTIONÁRIO

---

De acordo com Miranda (2011), existem inúmeras formas de construir um questionário, tendo em conta a forma como se selecionam as questões, as respostas, a forma como são respondidas e a sua análise no final.

Quanto ao seu conteúdo, o questionário (Anexo 4) é constituído por quatro partes. Todas as questões seguem uma sequência lógica, partindo do genérico para o mais específico.

A primeira parte referia o **perfil sociodemográfico e autoperceção da saúde** da amostra (género, idade, estado civil, escolaridade, origem urbana ou rural, ocupação ao longo da vida, tempo de institucionalização, auto perceção da saúde e atuais problemas de saúde mencionados pelos idosos).

A partir da segunda parte, as questões versavam sobre cada política de saúde destinada aos idosos, tendo por base o *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Portanto, na segunda parte, as questões incidem nas várias componentes do **envelhecimento ativo** (como a prática de exercício físico, a memória, o sono, a alimentação, o lazer e formas de ocupação, os fatores de longevidade, o bem-estar, a felicidade e qualidade de vida na instituição), enquanto uma fundamental política de saúde a aplicar no dia-a-dia de cada idoso.

Na terceira parte, foram colocadas questões relacionadas com a política de **adequação de cuidados às necessidades específicas do idoso**, mais especificamente acerca do

acesso a cuidados primários de saúde, como consultas de rotina, realização de rastreios de saúde, o acompanhamento na toma de medicação e satisfação do idoso com os cuidados que lhe são prestados de acordo com as necessidades que exterioriza.

Na quarta e última parte, foram colocadas questões relativas à política de **promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência**, nomeadamente acerca da segurança no dia a dia da instituição e a forma do idoso se movimentar no espaço físico da instituição de forma autónoma ou com as ajudas disponíveis na instituição.

Quanto ao formato, o questionário é constituído por **questões fechadas e semiabertas**: as **questões fechadas** condicionam a escolha do inquirido relativamente às respostas, são questões de resposta fácil e permitem a recolha de dados objetivos, que se adequam ao tratamento estatístico das respostas. **As questões semiabertas**, num primeiro momento o inquirido responde a uma das opções fornecidas e depois justifica ou explica a sua resposta. O questionário é também constituído por **duas questões encadeadas**, em que a resposta à questão seguinte depende da resposta que for dada na primeira questão.

---

## PROCEDIMENTO

---

A aplicação do questionário, como elemento de recolha de dados, só foi realizada após o consentimento da Direção de ambas as Instituições. Foi assegurado o anonimato dos idosos que participaram na recolha de dados e posteriormente, na apresentação de resultados. Ainda antes de responderem a qualquer questão, foi lido e explicado a todos os idosos o consentimento informado (Anexo 2), para assegurar que todos tinham conhecimento quanto à forma de participação e o âmbito do estudo, que seguidamente assinaram.

Depois de devidamente esclarecidos os idosos quanto aos objetivos do estudo, o modo de participação e feita a avaliação cognitiva de cada um através do Mini Exame do Estado Mental (Anexo 3), posteriormente procedeu-se à recolha de dados através do inquérito por questionário individual, sobre aspetos relacionados com as políticas de saúde aplicadas à terceira idade.

Os idosos que constituíram a amostra eram de ambos os géneros, com idade igual ou superior a 65 anos, residentes em instituições com resposta social de lar de idosos, uma localizada em contexto rural (Romeu) e outra em contexto urbano (Rio Tinto).

O questionário foi aplicado por administração direta da investigadora, com a colaboração das Animadoras Socioculturais de cada instituição.

Para que a aplicação do questionário fosse bem-sucedida, foram adotadas algumas estratégias:

- O questionário era confidencial, preenchido em regime de anonimato.
- Foi solicitado que as respostas correspondessem aos acontecimentos do dia a dia de cada utente, não havendo portanto, questões certas ou erradas.
- Aos utentes que colaboraram, foi-lhes mais uma vez explicado o âmbito do estudo e o objetivo da aplicação do questionário.

Por fim, para analisar os dados obtidos através dos questionários e convertê-los em gráficos, utilizamos o Microsoft Excel 2010, utilizando o arredondamento a uma casa decimal.

---

#### 4.2. AMOSTRA

---

Tendo em conta a investigação que pretendíamos realizar, foram definidos critérios importantes de seleção da amostra. Portanto, **como critérios de inclusão na amostra**, consideramos o seguinte: deviam ser indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos para serem considerados população idosa, possuírem competências cognitivas mínimas, serem pessoas de ambos os géneros e residirem em instituições geriátricas em Portugal. **Como critérios de exclusão da amostra**, destaca-se: o fato de serem pessoas com menos de 65 anos de idade, que não residam em lares de idosos e não revelaram possuir competências cognitivas mínimas, previamente avaliadas através do Mini- Exame do Estado Mental. As amostras são comparáveis entre si uma vez que se trata de dois grupos de idosos institucionalizados em contextos diferenciados e respeitam os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Nesta investigação, participaram idosos de duas Instituições geriátricas, de resposta social “lar de idosos”, com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os géneros, sendo que a recolha de dados entre o sexo feminino e masculino foi feita de forma aleatória, não intencional, isto é, o número de mulheres e homens sujeitos a esta pesquisa, não foi previamente definido. Importa referir ainda que não foi também previamente definido, o número de idosos a participar nesta investigação, trata-se de uma **amostra não-probabilística intencional**. Não houve a preocupação com a representatividade da amostra, mas sim interesse na opinião dos elementos que a constituíram. A constituição da amostra do estudo surgiu de forma voluntária em ambos os contextos e de acordo com as competências cognitivas reveladas. Logo, não há possibilidade de generalizar os resultados obtidos, pois são apenas relativos aos casos estudados.

Assim, os idosos que integraram a amostra desta investigação possuíam competências cognitivas mínimas, avaliadas através do *Mini Exame do Estado Mental*, tinham alguma autonomia e capacidade funcional em atividades básicas da vida diária. Mais especificamente, a amostra deste estudo foi constituída por 32 idosos (inquérito por questionário). Em contexto rural, no Centro Social e Paroquial do Romeu, num total de 28 clientes em lar de idosos, disponibilizaram-se a participar voluntariamente no estudo 18 idosos, sendo que a grande maioria não revelou possuir competências cognitivas mínimas, avaliadas através do Mini-Exame do Estado Mental e desta forma, a amostra válida para o estudo foram 9 idosos. Relativamente à amostra de contexto urbano, no Centro Social da Paróquia de Rio Tinto, num total de aproximadamente 60 clientes em lar de idosos, disponibilizaram-se a participar de forma voluntária neste estudo, 25 clientes. Do total de voluntários, apenas dois clientes não possuíam competências cognitivas mínimas avaliadas através do Mini-Exame do Estado Mental, sendo que a amostra válida para o estudo, foi de 23 idosos.

### 4.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS: QUESTIONÁRIO (ANÁLISE QUANTITATIVA)

#### PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E AUTO-PERCEÇÃO DA SAÚDE:

A investigação quantitativa procurou em primeiro lugar, delinear o perfil dos idosos inquiridos, a fim de melhor compreendermos as particularidades de cada grupo, nos diferentes contextos, rural e urbano.

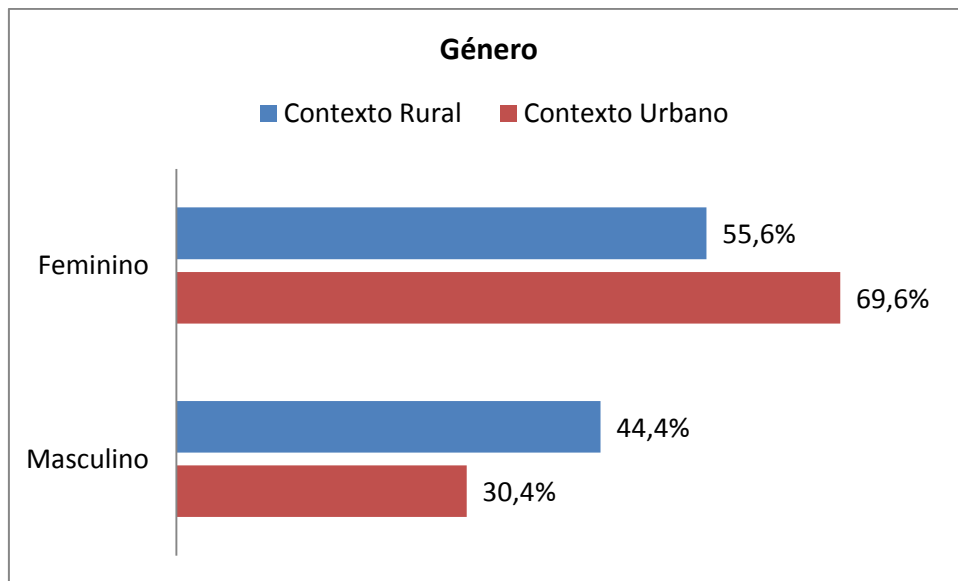


GRÁFICO 1. Género da amostra

Após a análise do **GRÁFICO 1**, no que ao género diz respeito, o sexo feminino foi predominante em ambos os contextos, com 55.6% dos inquiridos em contexto rural e 69.6% dos inquiridos em contexto urbano, podendo assim afirmar, a superioridade do género feminino em relação ao masculino, em ambas as instituições.

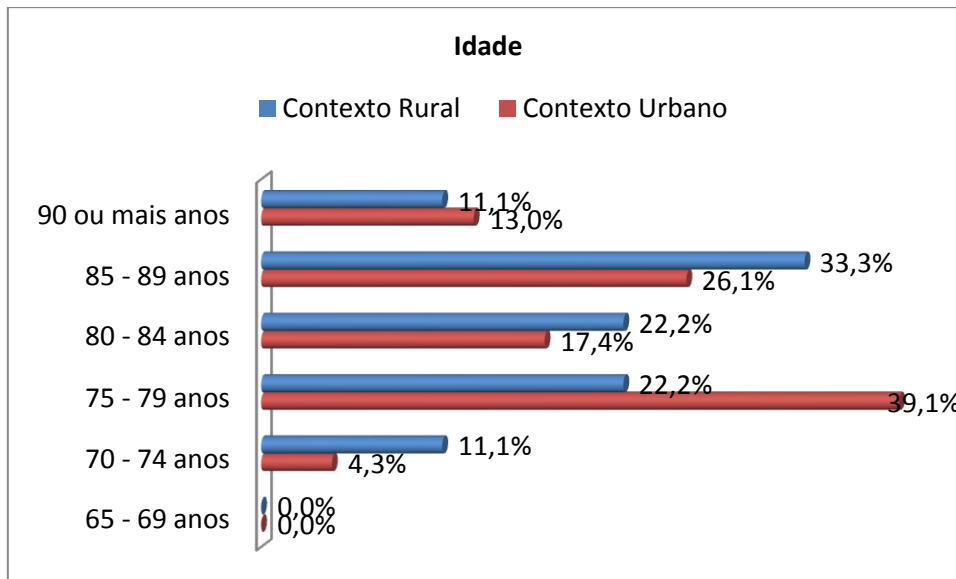


GRÁFICO 2. Idade da amostra

A idade predominante **GRÁFICO 2**, em meio rural, enquadra-se no intervalo de 85-89 anos, e diz respeito a 33.3% dos inquiridos. Em meio urbano enquadra-se no intervalo de 75-79, respeitante a 39.1% dos inquiridos, o que permite comprovar a longevidade da população idosa, sobretudo de contexto rural, com idades mais avançadas. Estes resultados vão também de encontro ao descrito pelo INE relativamente ao aumento da população idosa e longevidade em Portugal, aquando dos resultados obtidos em 2008, com 17.4% de idosos, que tenderá a duplicar até 2060, passando para 32.3% a proporção de idosos no nosso país.

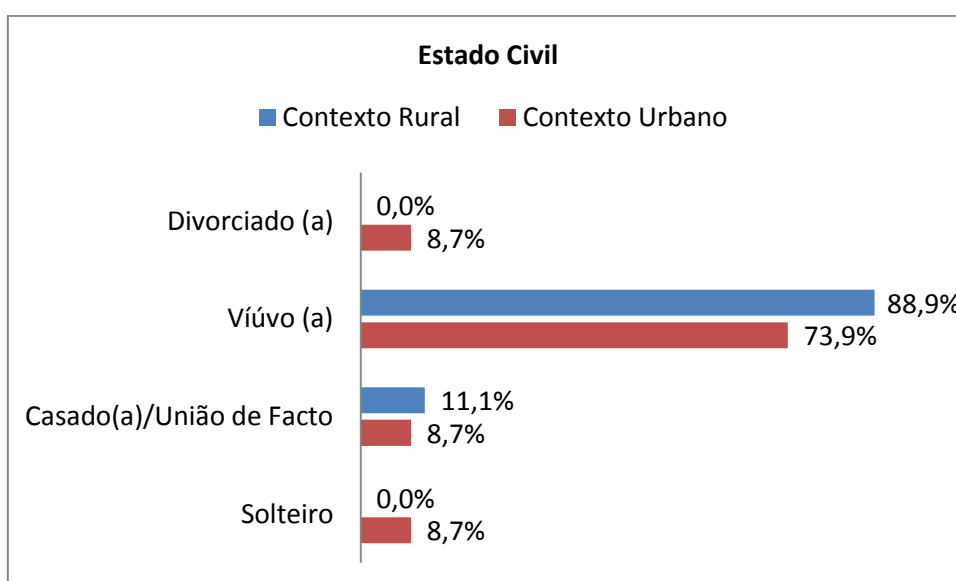
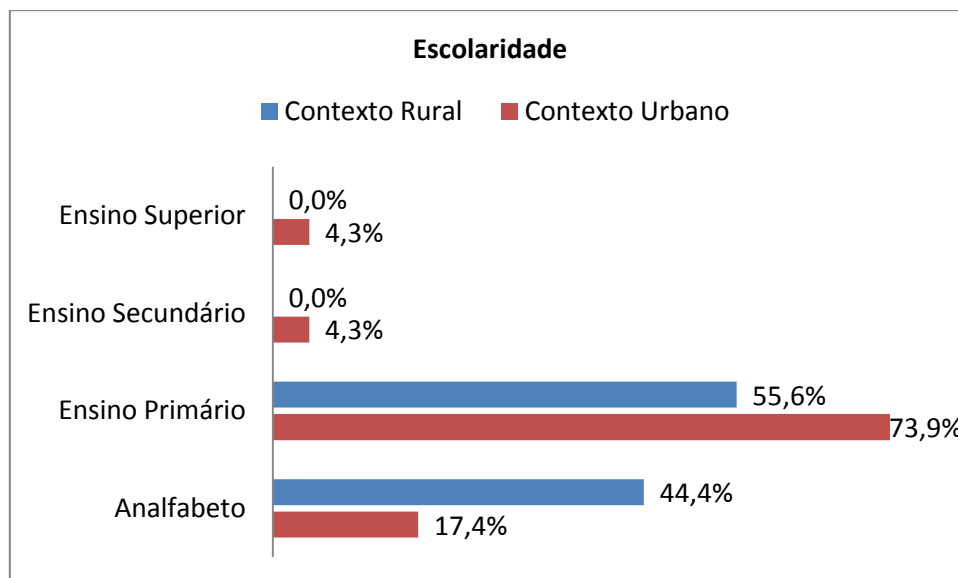


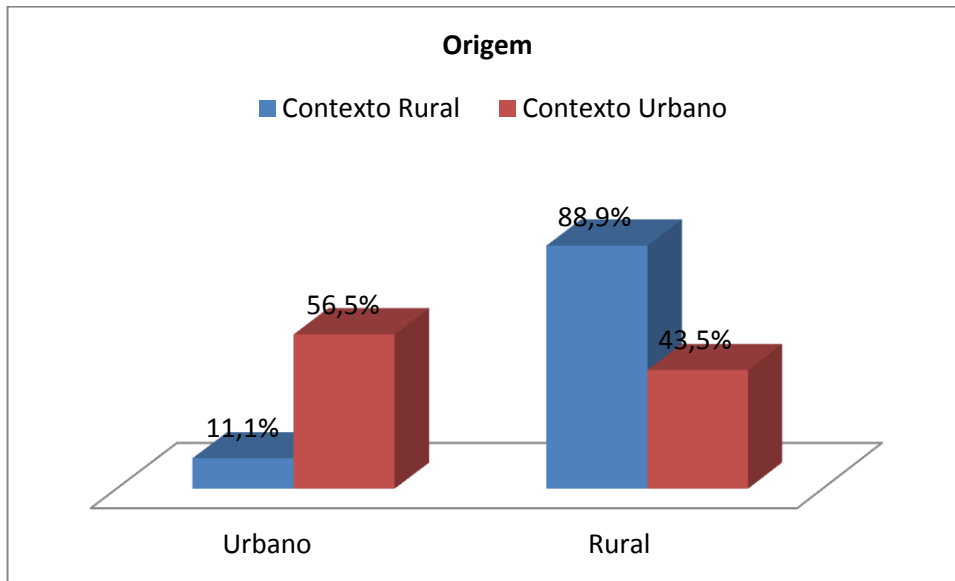
GRÁFICO 3. Estado civil da amostra

Tanto na amostra de contexto rural como na amostra de contexto urbano, o estado civil que prevalece é o de viúvo(a). No **GRÁFICO 3**, 88.9% da amostra rural é viúva e 11.1% da amostra é casado(a) / União de Facto. Já 73.9% da amostra urbana tem o estado civil de viúvo(a), 8.7% casado(a) /ou em União de Facto, também 8.7% em situação de divorciado(a) e 8.7% da amostra, é solteira. Assim, no que diz respeito à amostra de contexto urbano, há uma maior variedade no estado civil. *O estado civil* de mais de metade da amostra em ambos os contextos diz respeito portanto, à condição de viuvez.



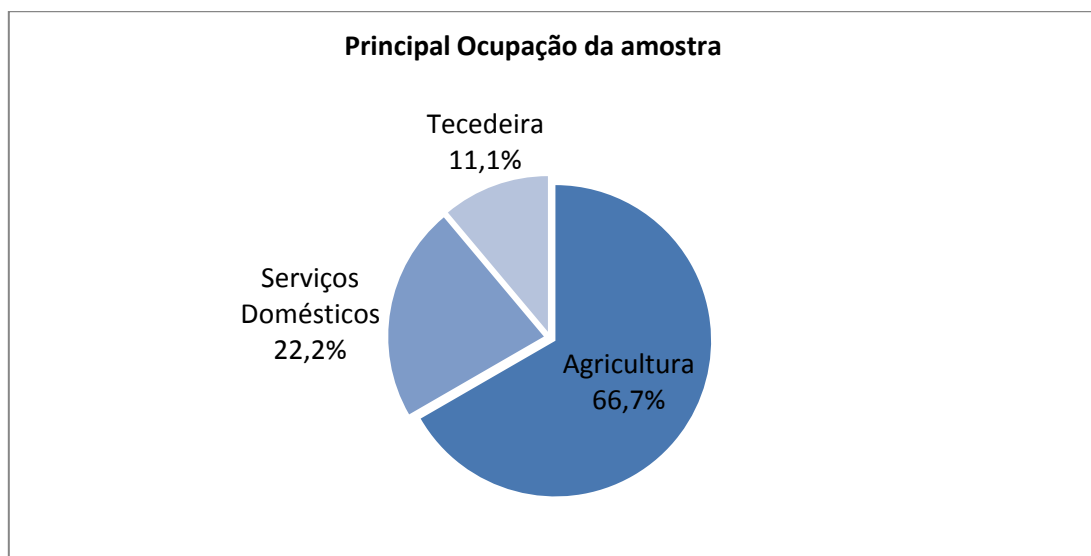
**GRÁFICO 4.** Escolaridade da amostra

O **GRÁFICO 4** mostra-nos que tanto na amostra de contexto rural como na amostra de contexto urbano, os idosos possuem na sua maioria o ensino primário. Em ambos os contextos prevalece o analfabetismo, com 44.4% na amostra rural e 17.4% na amostra urbana. Concluimos que o grau de escolaridade da amostra, em ambos os contextos estudados, é limitado ao ensino primário.

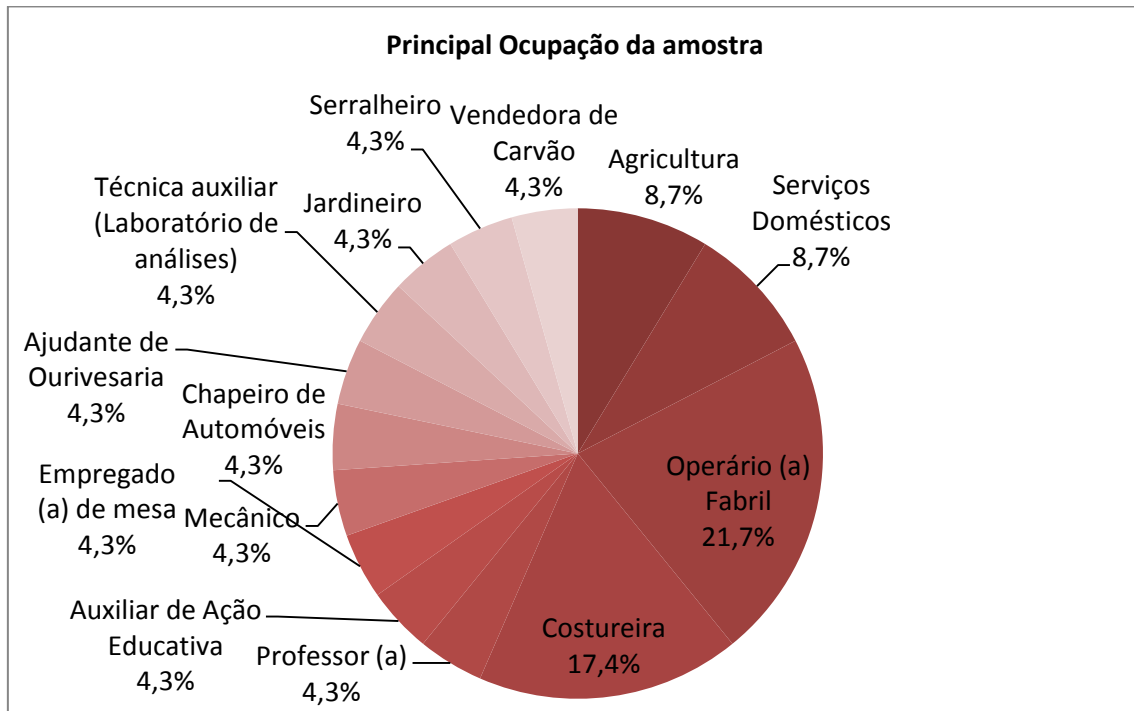


**GRÁFICO 5.** Contexto de origem da amostra

Neste estudo interessou-nos saber os contextos de origem dos idosos. Verificou-se através dos resultados observados no **GRÁFICO 5**, que 88.9% da amostra rural também é proveniente deste meio e 56.5% da amostra urbana também têm a sua origem nos meios urbanos. Concluímos após a análise de resultados, que os idosos com origem nos meios rurais também se encontram institucionalizados no mesmo contexto, tal como os idosos de origem urbana, também se encontram institucionalizados em contexto urbano.

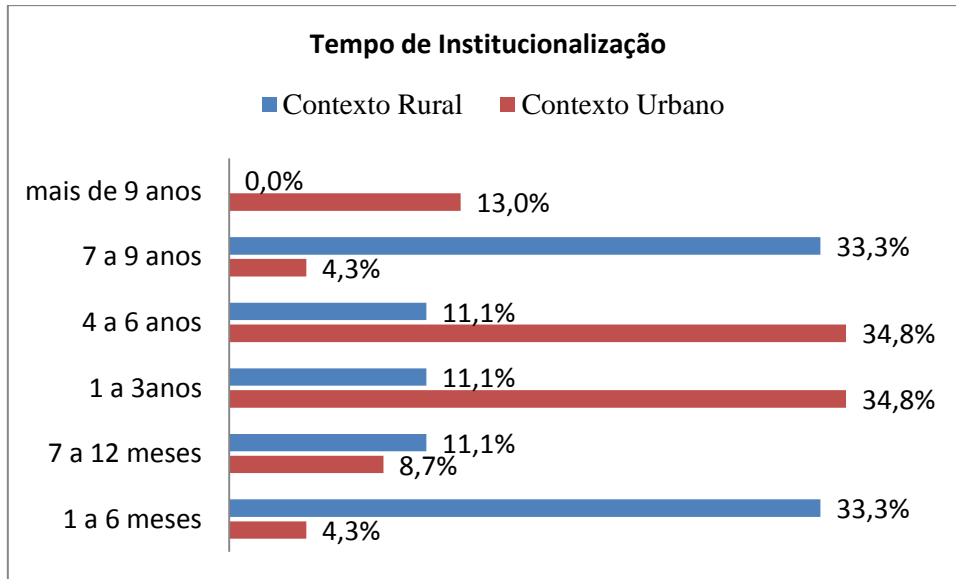


**GRÁFICO 6.** Principal ocupação amostra rural ao longo da vida



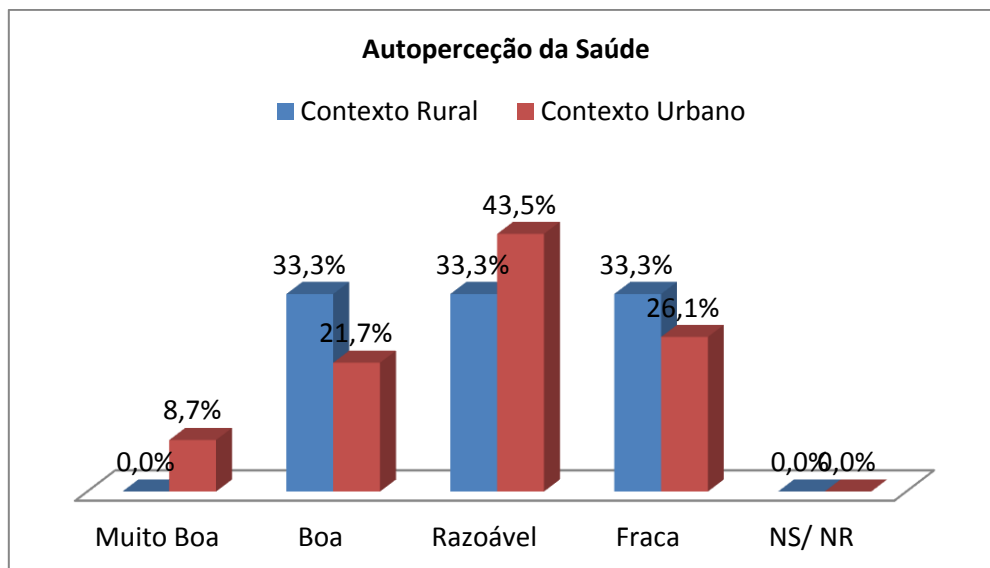
**GRÁFICO 7.** Principal ocupação amostra urbana ao longo da vida

Quanto à *ocupação*, constatamos que a maioria de idosos da amostra rural (**GRÁFICO 6**) teve como principal ocupação a Agricultura (66.7% dos inquiridos) e os serviços domésticos (22.2% dos inquiridos), incluídos portanto, no setor primário de atividade. Enquanto na amostra de idosos em contexto urbano (**GRÁFICO 7**), verificou-se uma diversidade de profissões enquanto ocupação ao longo da vida. Entre as percentagens mais significativas, 21.7% da amostra exerceu funções de operário(a) fabril e 17.4% da amostra de costureira.



**GRÁFICO 8.** Tempo de institucionalização da amostra

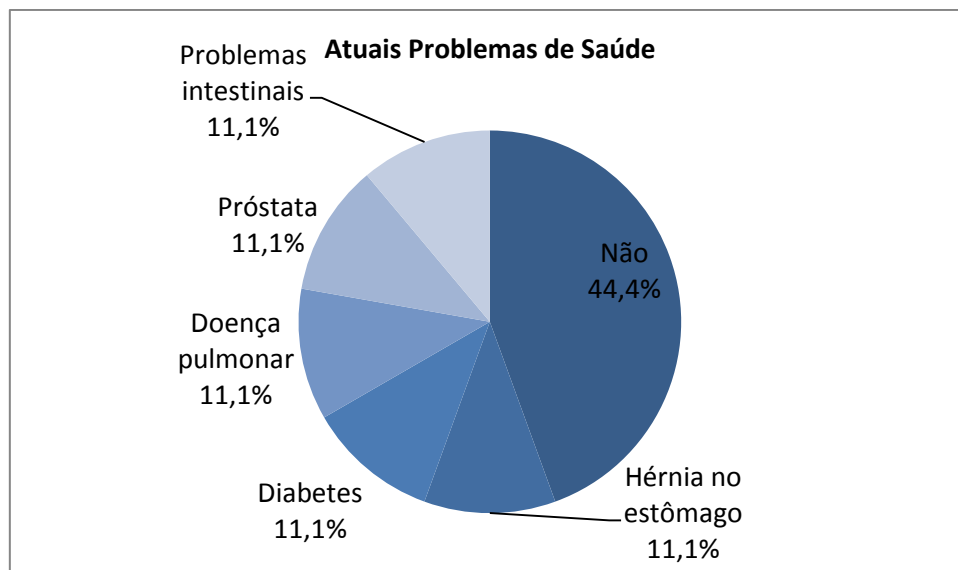
Relativamente ao tempo de *institucionalização*, verificamos através do gráfico acima que 33.3% dos idosos inquiridos na amostra rural encontram-se a residir no lar, entre 1 a 6 meses e 33.3% entre 7 a 9 anos. Em contexto urbano, 34.8% dos idosos inquiridos, estão institucionalizados entre 4 a 6 anos e 34.8% entre 1 a 3 anos, sendo estas as percentagens mais significativas.



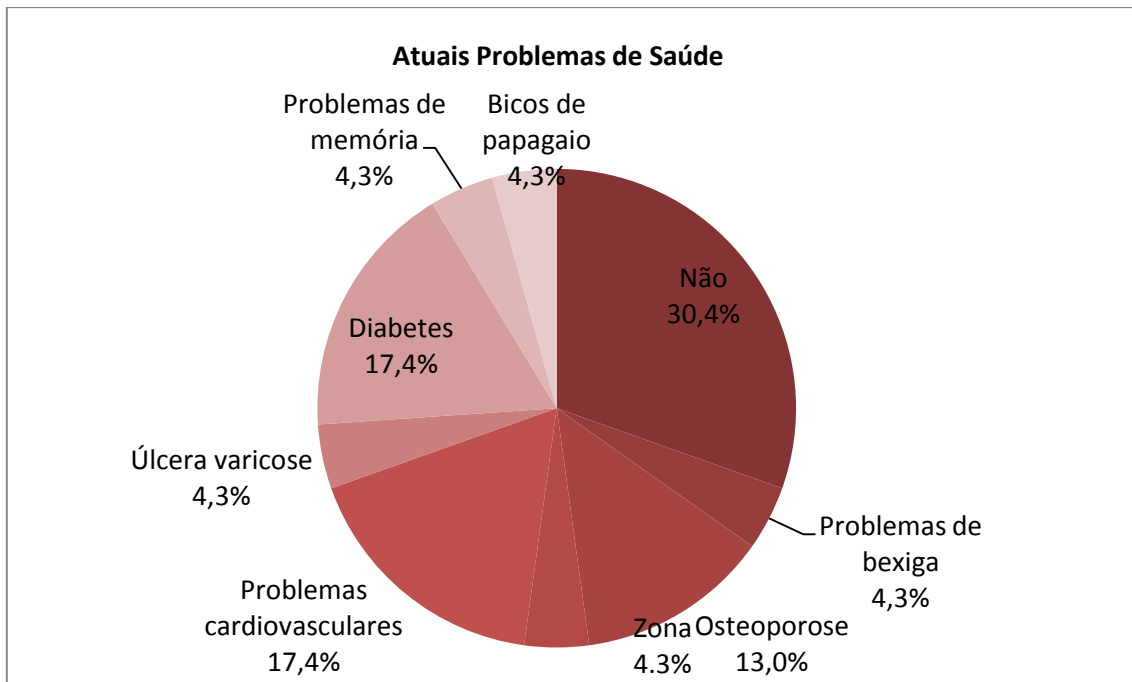
**GRÁFICO 9.** Autopercepção da saúde

No que concerne à *autopercepção da saúde pelos próprios idosos*, verificamos no **GRÁFICO 9**, que 33.3% da amostra rural avalia a saúde em geral como “boa” e 33.3% como “razoável”. Na amostra urbana, 43.5% dos inquiridos, percebe a sua saúde em

geral como “razoável”. Perante estes resultados quantitativos, percebemos que em ambos os contextos, os idosos encaram o seu estado de saúde de forma positiva, embora os idosos urbanos, talvez devido ao melhor nível cultural que possuem, têm uma maior noção dos seus problemas de saúde, como verificamos pelos gráficos abaixo representados, em que a amostra urbana menciona ter mais problemas de saúde atualmente.



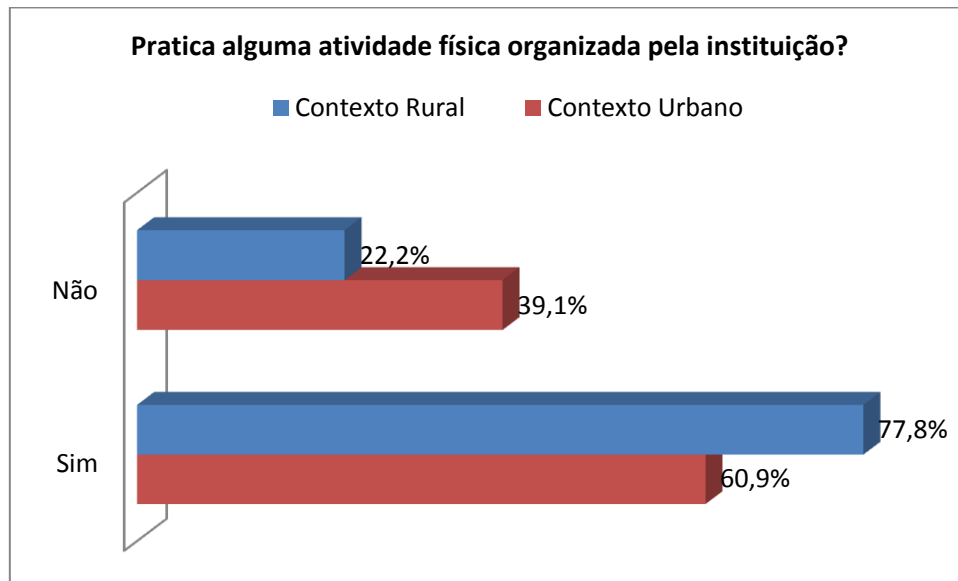
**GRÁFICO 10.** Atuais problemas de saúde da amostra rural



**GRÁFICO 11.** Atuais problemas de saúde da amostra urbana

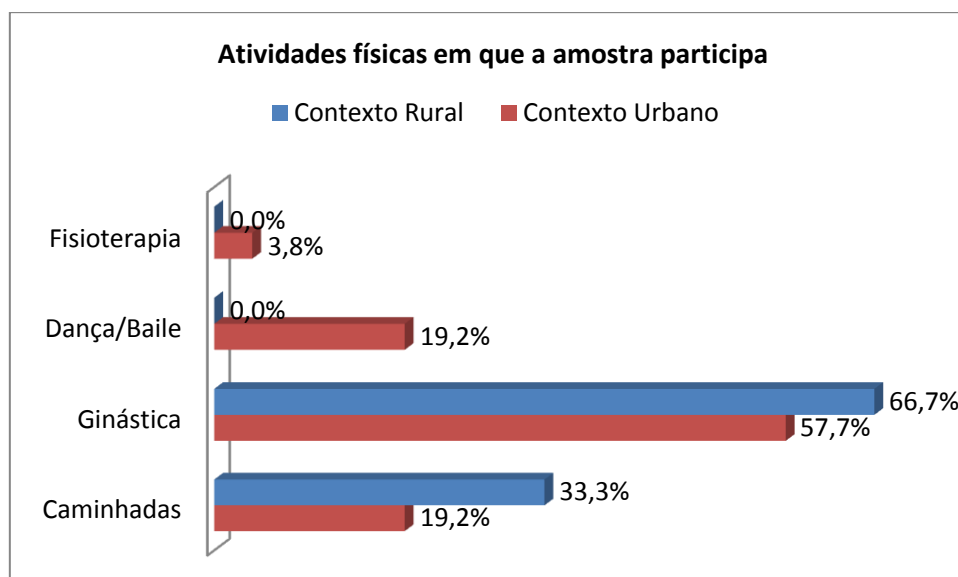
Através da análise dos **GRÁFICO 10** e **GRÁFICO 11** acima representados, verificámos que 44.4% da amostra em contexto rural, não possui atualmente qualquer problema de saúde, enquanto na amostra de contexto urbano, apenas 30.4% dos idosos afirma não ter atualmente qualquer problema de saúde. No entanto, nos que dizem sofrer atualmente de um problema de saúde, encontrámos problemas ou doenças vulgarmente associados à terceira idade, como a diabetes, problemas cardiovasculares, osteoporose, entre os mais mencionados.

## POLÍTICA DE PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO



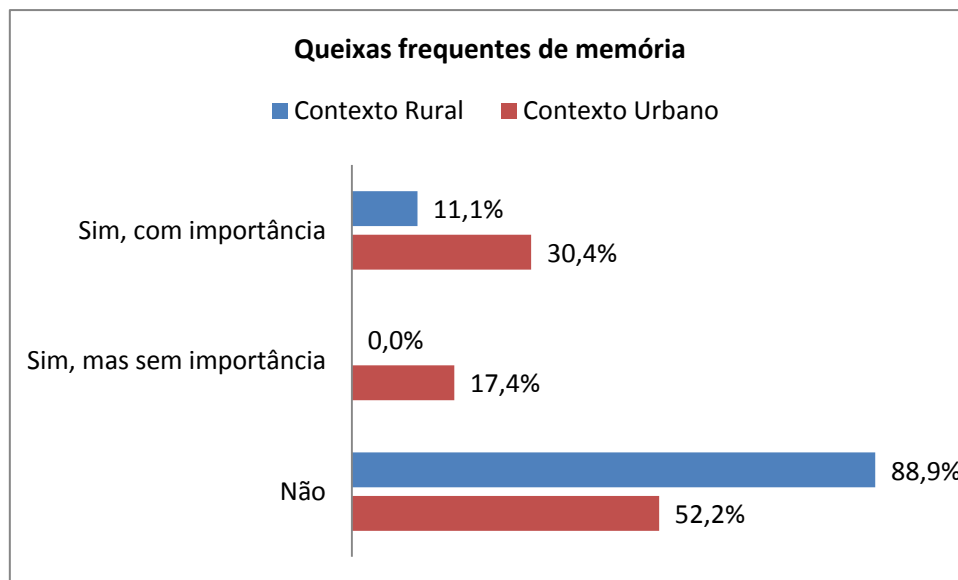
**GRÁFICO 12.** Prática de atividade física da amostra

Procuramos saber em primeiro lugar, se o idoso participa e está integrado em atividades físicas organizadas pela instituição para avaliarmos a promoção do envelhecimento ativo. Após a análise do **GRÁFICO 12**, permitiu-nos concluir que 77.8% dos idosos rurais participa em atividades físicas. Em contexto urbano, 60.9% dos idosos praticam atividades físicas frequentemente.



**GRÁFICO 13.** Atividades físicas em que a amostra participa

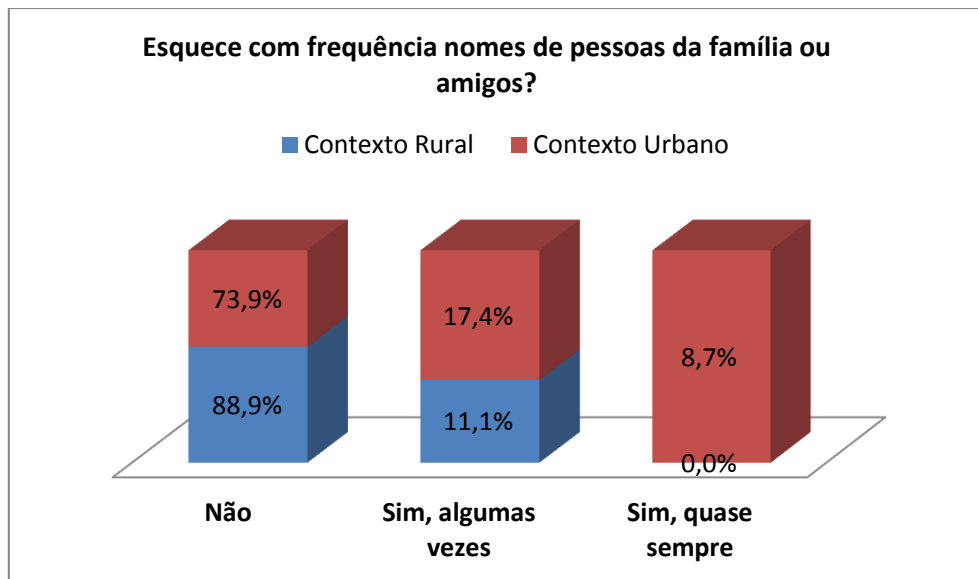
Na sequência da questão anterior, os idosos mencionaram em que tipos de atividade física costumavam participar, promovidas por cada instituição. Após a análise do **GRÁFICO 13**, verificamos que 66.7% dos idosos institucionalizados em contexto rural pratica frequentemente ginástica, enquanto 33.3% diz fazer caminhadas na comunidade envolvente, sendo estas as únicas atividades físicas referidas por esta amostra rural. Relativamente à amostra urbana, 57.7% dos idosos inquiridos dizem praticar frequentemente ginástica, 19% praticam caminhadas, 19.2% utilizam a Dança ou o baile como atividade física e ainda 3.8% refere a Fisioterapia como atividade física que pratica frequentemente. Estes dados comprovam que em ambos os contextos, os idosos têm práticas semelhantes quanto às atividades físicas que realizam, destacando-se uma maior diversidade na amostra urbana, que referiu outras atividades para além da ginástica e das caminhadas. Partindo da análise dos resultados obtidos, verifica-se uma diversificada aposta em atividades físicas nas práticas institucionais desenvolvidas em contexto urbano. No entanto, segundo os dados, os idosos rurais revelam-se mais participativos nas atividades físicas, que os idosos de contexto urbano (Gráfico 10).



**GRÁFICO 14.** Queixas da amostra relativamente à sua memória

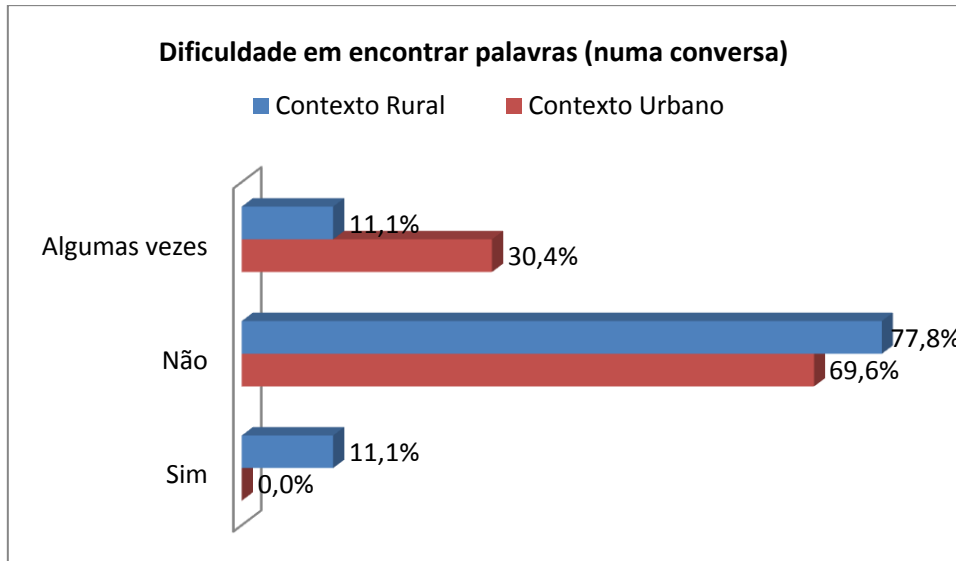
Sabendo que o corpo e a mente estão plenamente interligados, quisemos comprovar o estado de memória da amostra em estudo. Em contexto rural, 88.9% dos idosos diz não ter frequentemente queixas acerca da sua memória e 52.2% da amostra urbana, não apresenta igualmente qualquer queixa. Comparativamente, e perante estes

dados, concluímos que a amostra de contexto rural está atualmente em melhor situação relativamente à sua memória.



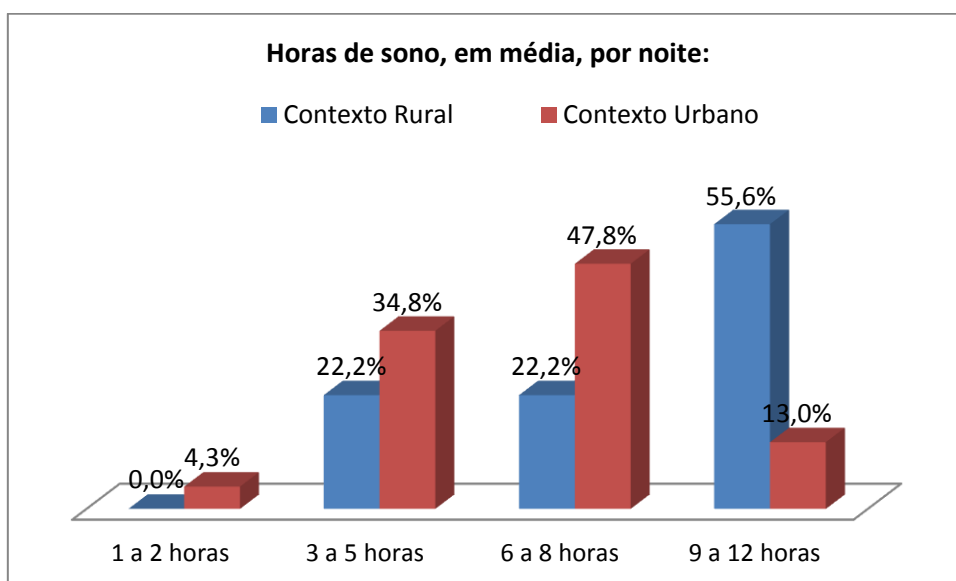
**GRÁFICO 15.** Frequência com que a amostra esquece nomes de pessoas da família ou amigos

Após a análise do **GRÁFICO 15**, verificámos que a amostra de ambos os contextos, não costuma esquecer com frequência os nomes de pessoas da família ou amigos. Em contexto rural, apenas 11.1% dos idosos, diz esquecer-se algumas vezes. Já relativamente à amostra urbana, 17.4% diz também esquecer-se algumas vezes e 8.7% afirma esquecer-se quase sempre. Portanto, existe um maior comprometimento cognitivo na amostra urbana.



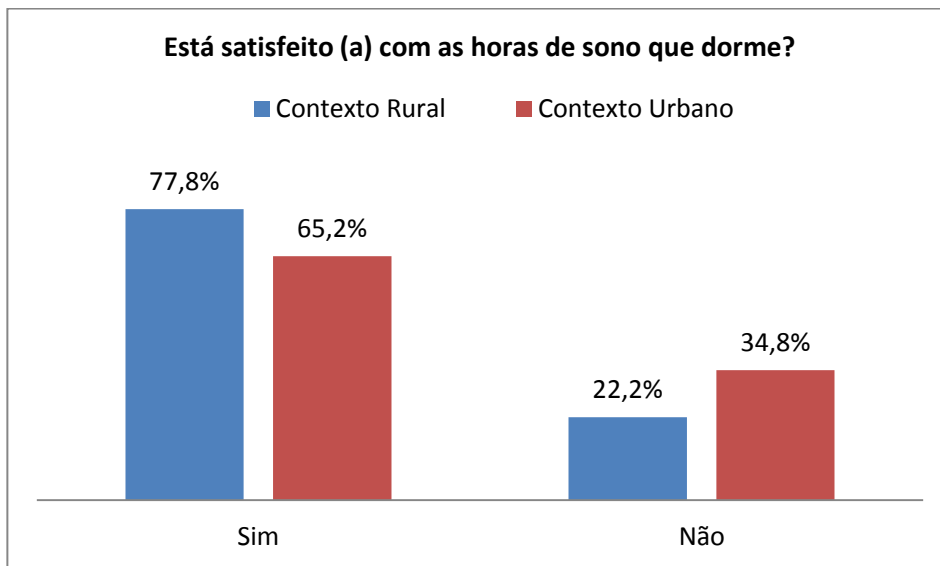
**GRÁFICO 16.** Dificuldade da amostra em encontrar palavras durante uma conversa

Após a análise do **GRÁFICO 16**, conferimos que na amostra de idosos institucionalizados em contexto rural, 77.8% dos inquiridos dizem não ter qualquer dificuldade em encontrar palavras durante uma conversa, 11.1% diz ter dificuldades algumas vezes e 11.1% diz ter dificuldades em encontrar palavras nas conversas que estabelece. Na amostra de idosos institucionalizados em contexto urbano, 69.6% dos inquiridos diz não ter dificuldades em encontrar palavras numa conversa e 30.4% diz ter dificuldades algumas vezes. Perante estes resultados, verifica-se maior comprometimento cognitivo da amostra urbana, embora de forma pouco significativa.



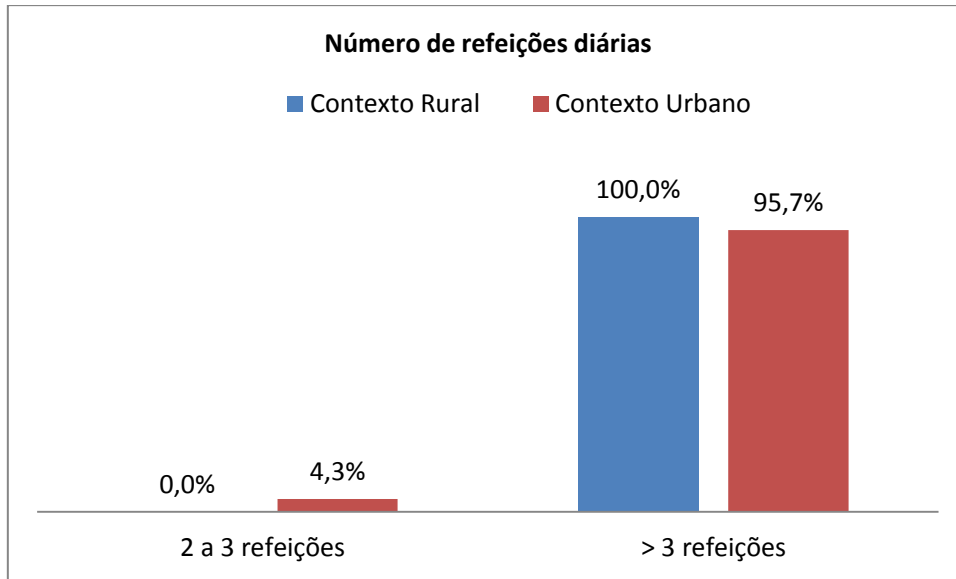
**GRÁFICO 17.** Horas de sono da amostra, em média, numa noite

Sendo o sono uma das necessidades biológicas fundamental para o organismo, sempre que dormimos as horas de sono adequadas, permite a renovação das principais funções mentais e emocionais. Partindo da análise do **GRÁFICO 17**, quanto às horas de sono dos idosos, em média, numa noite, 56.6% da amostra inquirida em contexto rural, afirmou dormir entre 9 a 12 horas. Na amostra urbana, 47.8% dos inquiridos, referiu dormir 6 a 8 horas de sono por noite.



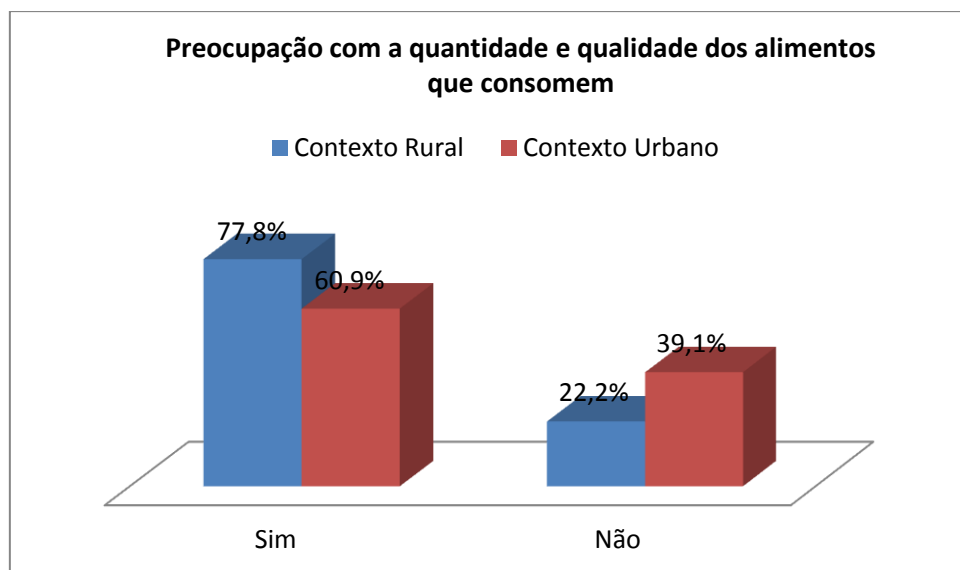
**GRÁFICO 18.** Satisfação da amostra com as horas de sono que dorme

Relativamente à satisfação da amostra com as horas de sono que dorme, verificamos através do **GRÁFICO 18**, que em contexto rural, 77.8% dos idosos dizem sentirem-se satisfeitos com as horas de sono que dormem e 65.2% dos idosos urbanos, também. Mesmo assim, 22.2% dos idosos rurais e 34.8% dos idosos urbanos revelaram insatisfação com as horas de sono que dormem.



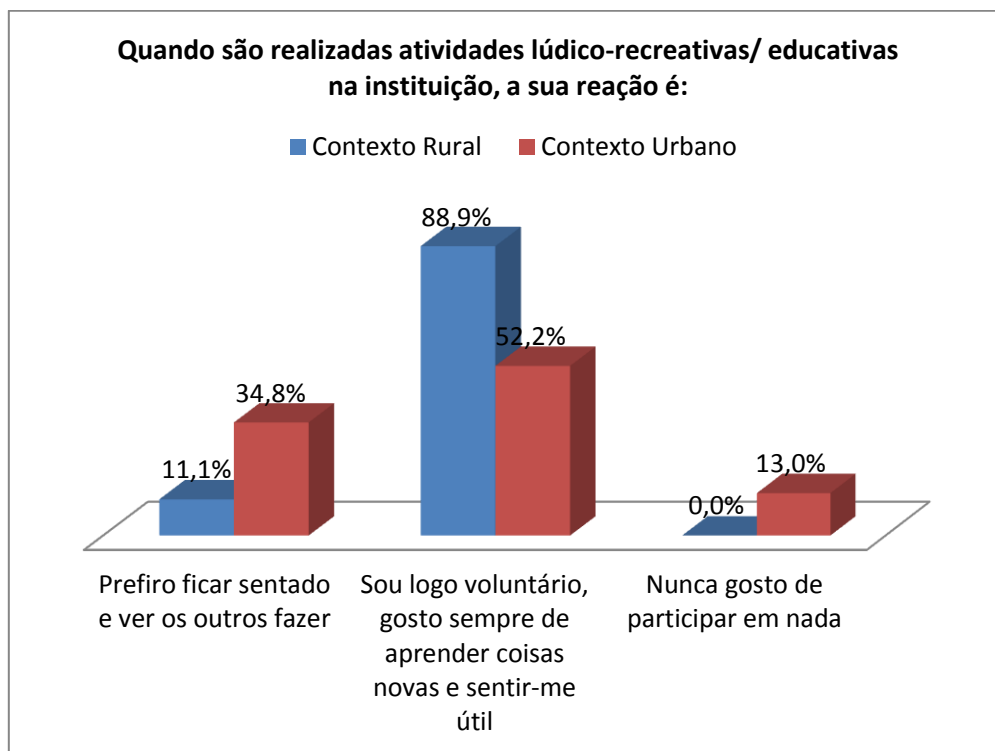
**GRÁFICO 19.** Número de refeições que a amostra realiza por dia

Relativamente ao número de refeições que a amostra realiza por dia, comprovamos através do **GRÁFICO 19**, que em contexto rural, 100% da amostra diz fazer mais de três refeições por dia. Na amostra de idosos institucionalizados em contexto urbano, 95.7% dos inquiridos dizem também fazer mais de três refeições por dia e apenas 4.3% dos idosos afirmam fazer duas a três refeições por dia. Verificamos portanto, a prática de uma alimentação adequada nas instituições para a população idosa, com refeições pouco volumosas, distribuídas ao longo do dia.



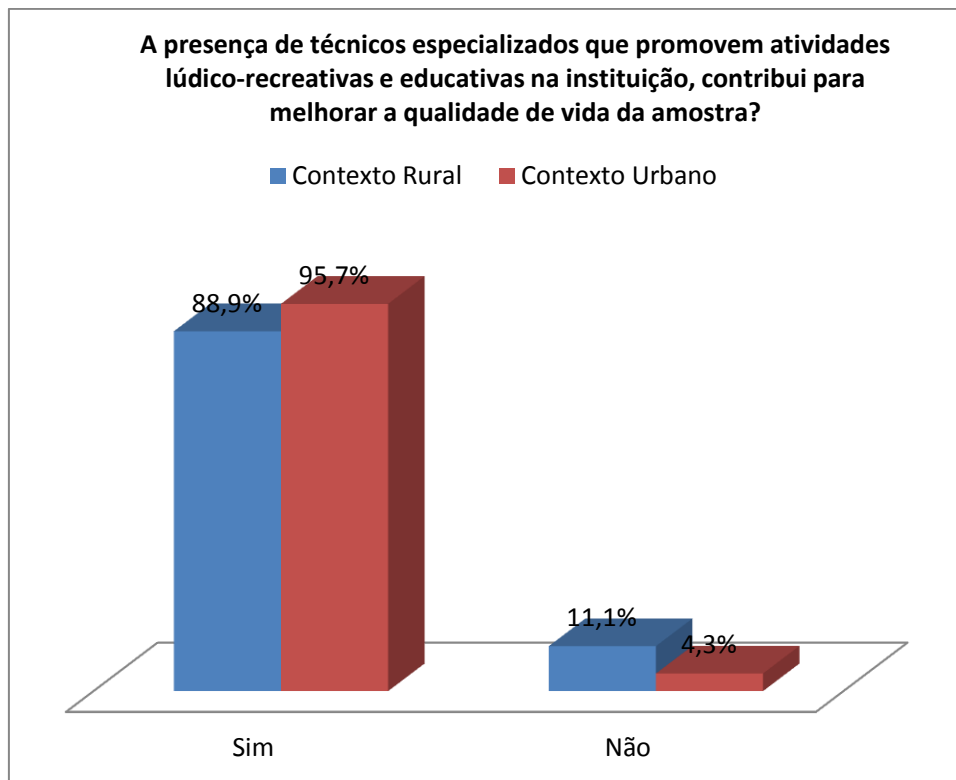
**GRÁFICO 20.** Preocupação da amostra com a alimentação

Quando questionada a amostra relativamente à preocupação com a quantidade e qualidade dos alimentos que consomem diariamente às refeições, comprovámos de acordo com os dados obtidos no **GRÁFICO 20**, que a maioria da amostra, em ambos os contextos (rural (77.8%) /urbano (60.9%)), preocupa-se com a quantidade e qualidade dos alimentos que consome. Mas, 22.2% dos idosos inquiridos em contexto rural e 39.1% da amostra de idosos inquiridos em contexto urbano afirmaram não se preocuparem com a quantidade e qualidade dos alimentos que consomem diariamente.



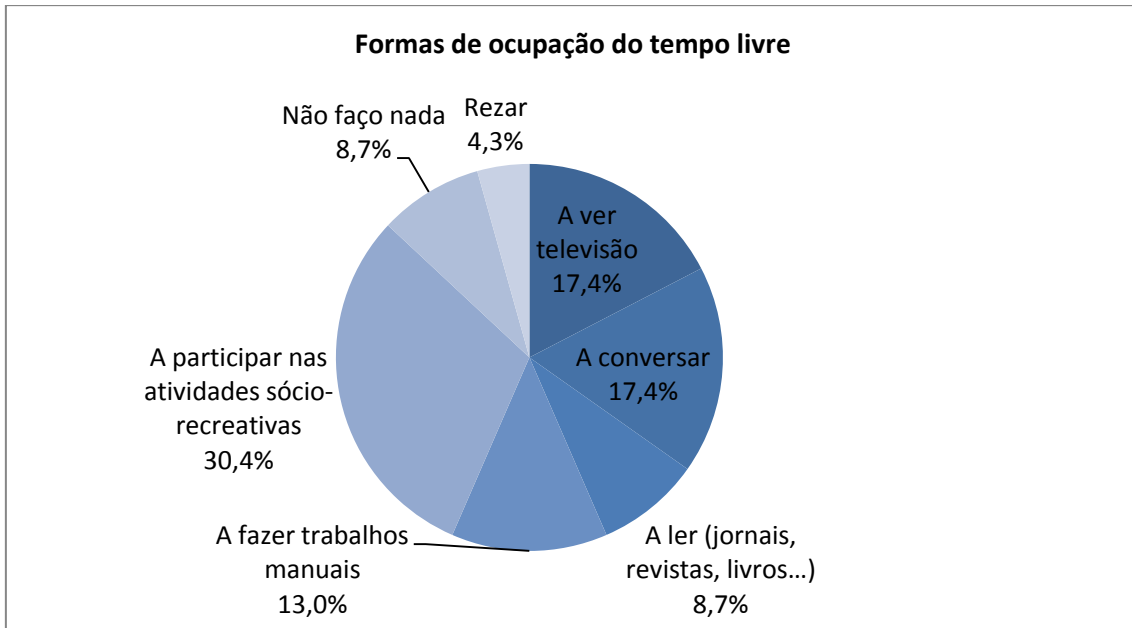
**GRÁFICO 21.** Reação mais frequente da amostra, relativamente à participação em atividades lúdico-recreativas e educativas

Mesmo institucionalizados, os idosos devem usufruir, enquanto um direito que lhes assiste, de diversas atividades sociais, educativas e culturais. Pelos resultados obtidos neste estudo, comprovamos pelo **GRÁFICO 21**, que 88.9% dos idosos rurais e 52.2% dos idosos urbanos, relativamente à participação em atividades lúdico recreativas e educativas, dizem serem logo voluntários, porque “gostam sempre de aprender coisas novas e sentirem-se úteis”. No entanto, em contexto urbano, 13% dos inquiridos afirmaram nunca terem participado em nada.

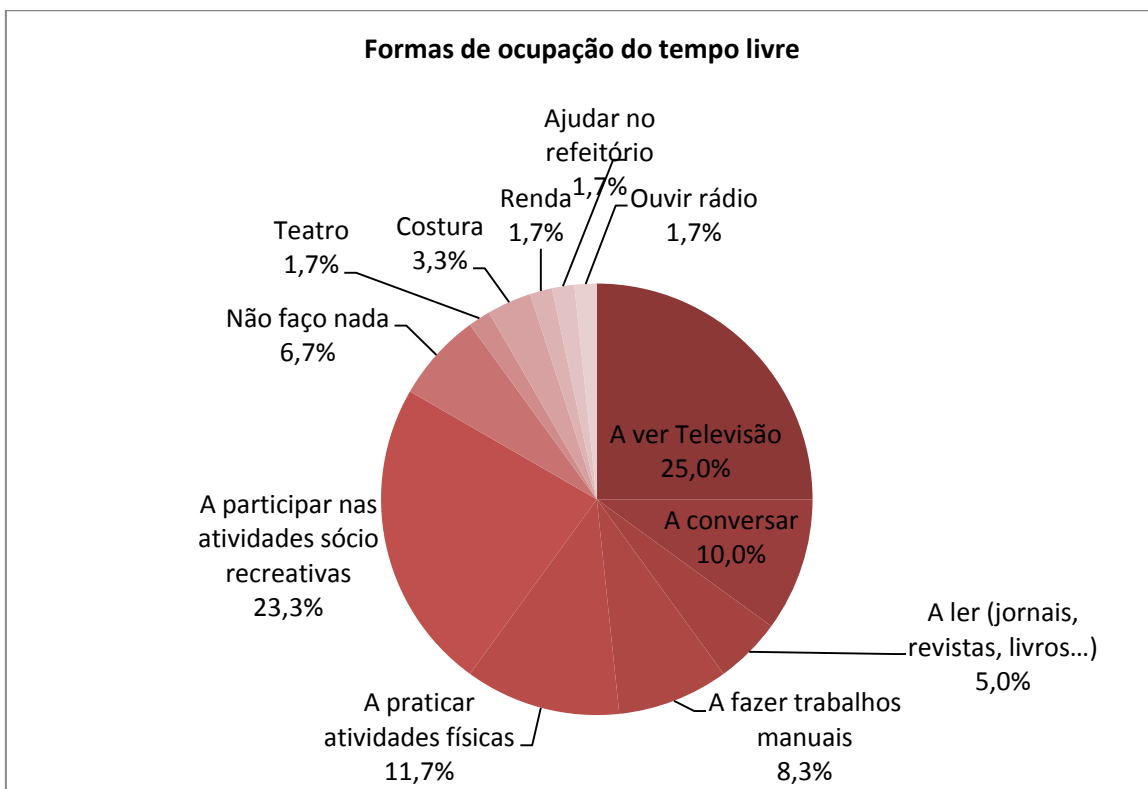


**GRÁFICO 22.** Contributo dos técnicos especializados para a melhoria da qualidade de vida da amostra

Quanto ao contributo de técnicos especializados que promovem atividades diversificadas nas instituições, concluímos após a análise do **GRÁFICO 22**, que 88.9% dos idosos rurais, dizem contribuir para a melhoria da qualidade de vida, tal como em contexto urbano, 95.7% dos idosos partilham da mesma opinião. No entanto, 11.1% da amostra rural e 4.3% da amostra urbana dizem que as atividades desenvolvidas pelos técnicos especializados não têm qualquer impacto na sua qualidade de vida na instituição.



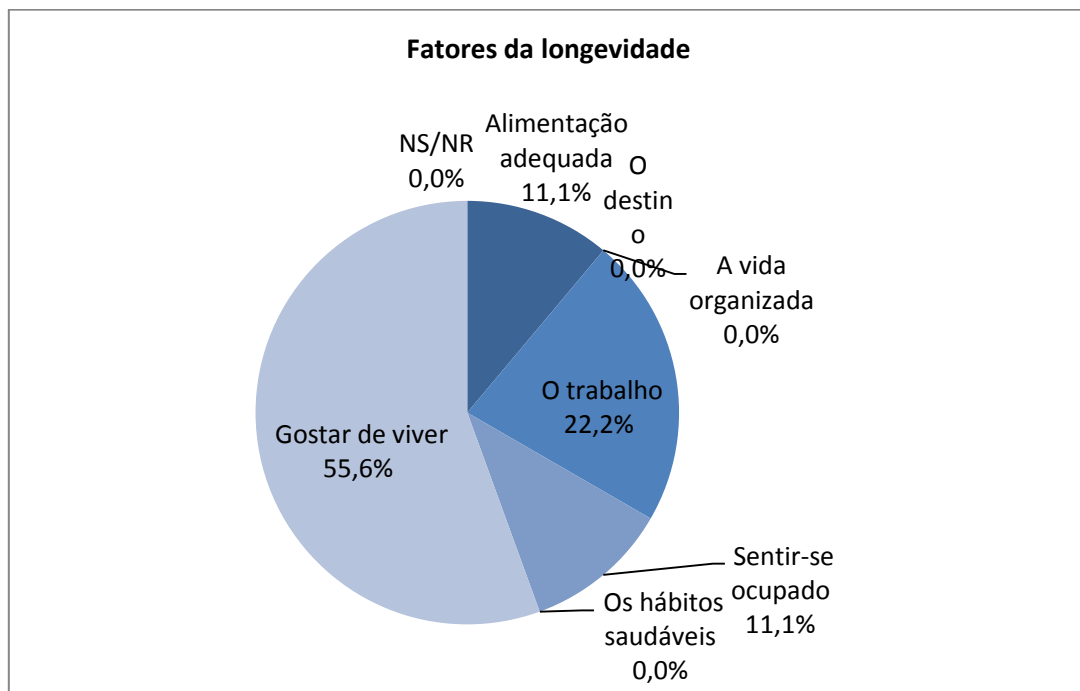
**GRÁFICO 23.** Formas de lazer e ocupação do tempo livre da amostra rural



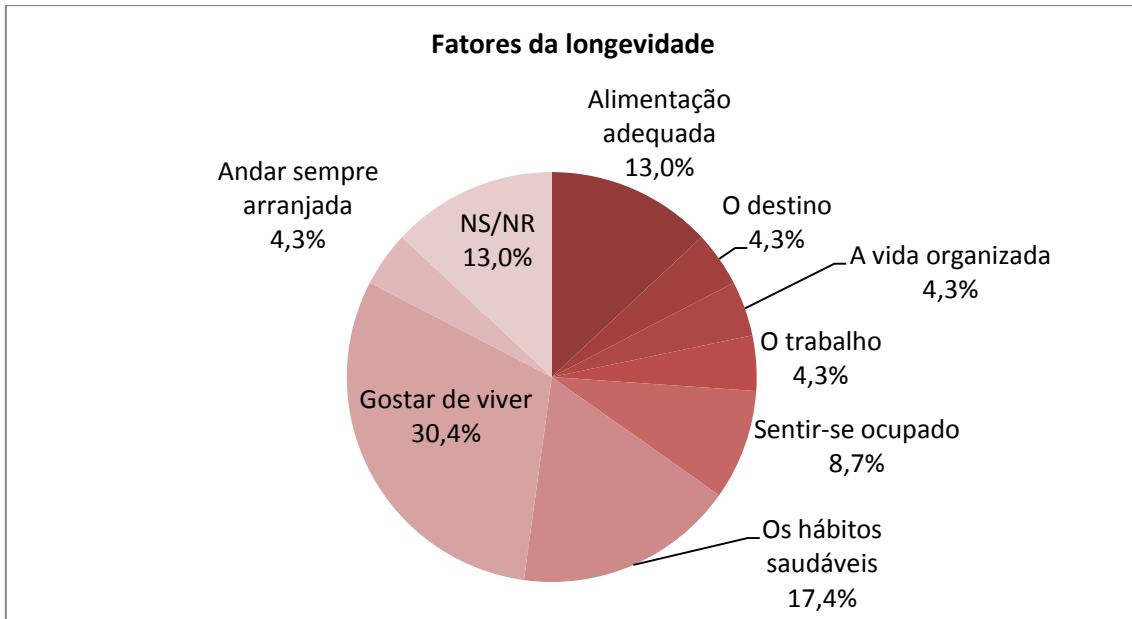
**GRÁFICO 24.** Formas de lazer e ocupação do tempo livre da amostra urbana

Após a análise dos **GRÁFICO 23** e **GRÁFICO 24**, verificámos como formas de ocupação do tempo livre, que as atividades com percentagens mais significativas entre os idosos

rurais, são, com 30.4% das respostas, as atividades sócio recreativas, enquanto 17.4% diz ocupar o tempo a conversar e a ver televisão e 13% a fazerem trabalhos manuais. Já os idosos urbanos, com 25% das respostas, dizem ocupar o tempo livre a ver televisão, 23.3% a participar em atividades sócio recreativas e 11.7% diz gostar de praticar atividades físicas. Estas atividades revelaram-se preferidas pelos idosos como forma de ocupação do tempo livre nas instituições. Logo, perante os resultados obtidos, podemos concluir que a maioria dos idosos em ambos os contextos, aderem facilmente às atividades desenvolvidas na instituição por técnicos especializados, assim como também ocupam o tempo com atividades ao gosto de cada um.

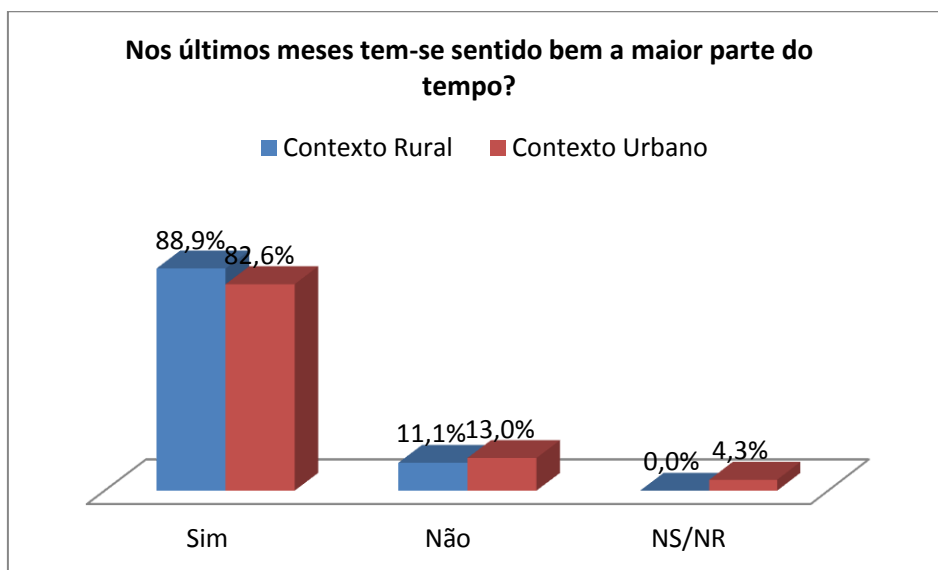


**GRÁFICO 25.** Fatores de longevidade da amostra rural



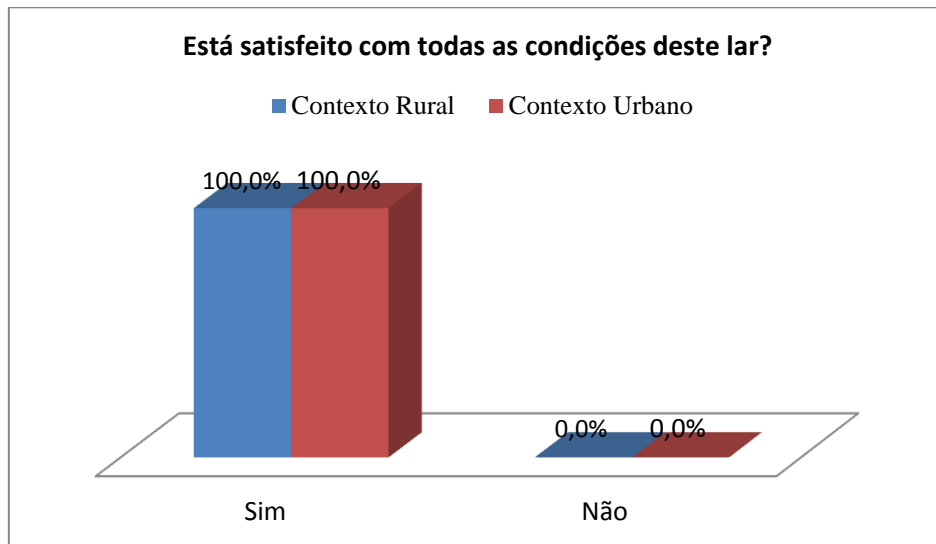
**GRÁFICO 26.** Fatores de longevidade da amostra urbana

Os motivos de longevidade na perspectiva dos idosos são diversificados, mas todos eles revelaram opiniões muito vincadas relativamente a esta questão. Quando questionados os idosos acerca dos factores de longevidade de uma pessoa, verificamos no **GRÁFICO 25**, que 55.6% dos idosos rurais mencionaram como fator de longevidade o “gostar de viver” e 22.2% “ o trabalho”. Em contexto urbano, comprovamos pelo **GRÁFICO 26**, que 30.4% dos idosos inquiridos refere também “gostar de viver” com fator de longevidade, 17.4% dizem ser “os hábitos saudáveis” e 13% a prática de uma “alimentação adequada”.



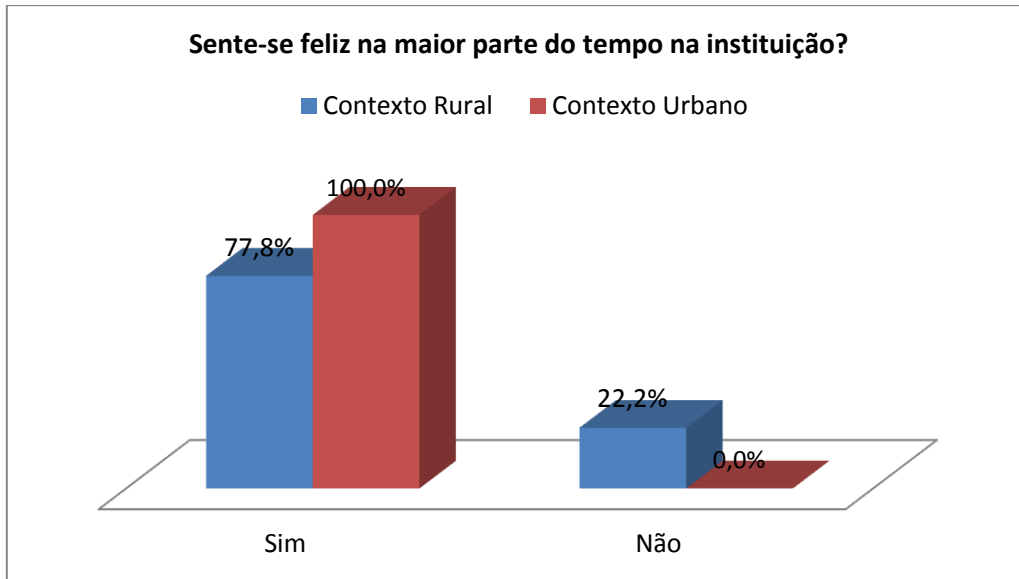
**GRÁFICO 27.** Sentimento de bem-estar da amostra nos últimos três meses

Embora o bem-estar seja muito oscilante de idoso para idoso, comprovamos pelo **GRÁFICO 27**, que as respostas em ambos os contextos revelaram-se positivas e unânimes, com 88.9% dos idosos rurais e 82.6% dos idosos urbanos, a referirem que se têm sentido bem nos últimos meses.



**GRÁFICO 28.** Satisfação da amostra com as condições do lar

Na questão antecedente, a grande maioria dos idosos, percecionou bem-estar geral nos últimos meses, mas para a unanimidade da resposta anterior, muito pode contribuir também a satisfação da amostra com todas as condições do lar, o que se comprovou em ambos os contextos de institucionalização estudados (**GRÁFICO 28**), com a totalidade da amostra (100%) a exprimir grande satisfação com todas as condições das quais usufruem no lar diariamente.



**GRÁFICO 29.** Sentimento de felicidade da amostra

Quando questionados os idosos no que concerne à sua felicidade na instituição, percebemos que o conceito de felicidade para a amostra deste estudo ainda muito se associa a pequenas coisas do dia-a-dia da instituição aliadas ao bem-estar e vivências com o grupo. Em contexto rural, comprovamos pelo **GRÁFICO 29**, que 77.8% da amostra referiu sentir-se feliz no lar. Já em contexto urbano, a totalidade dos (100%) idosos inquiridos, afirmou sentirem-se felizes no lar.



**GRÁFICO 30.** Motivos de felicidade que a amostra rural apresenta

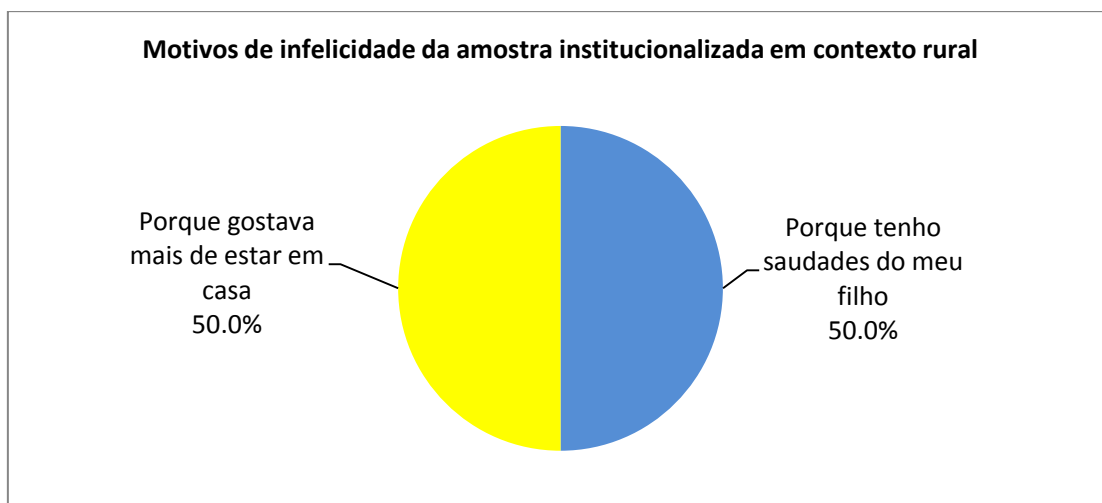


**GRÁFICO 31.** Motivos de felicidade que a amostra urbana apresenta

Na questão anterior, verificamos através do **GRÁFICO 29**, que 77.8% da amostra rural afirmou sentir-se feliz na instituição. Passamos agora a conhecer, através da análise do **GRÁFICO 30**, os motivos de felicidade. Assim sendo, 43% da amostra rural afirma sentir-se feliz na instituição porque tem muita gente e não se sente só, 15% refere apenas o fato de se sentir satisfeito, 14% diz sentir-se feliz porque gosta de se divertir com as outras pessoas, 14% diz ser feliz porque se sente bem e está na terra onde nasceu e por fim, 14% diz estar feliz, porque gosta de estar no lar.

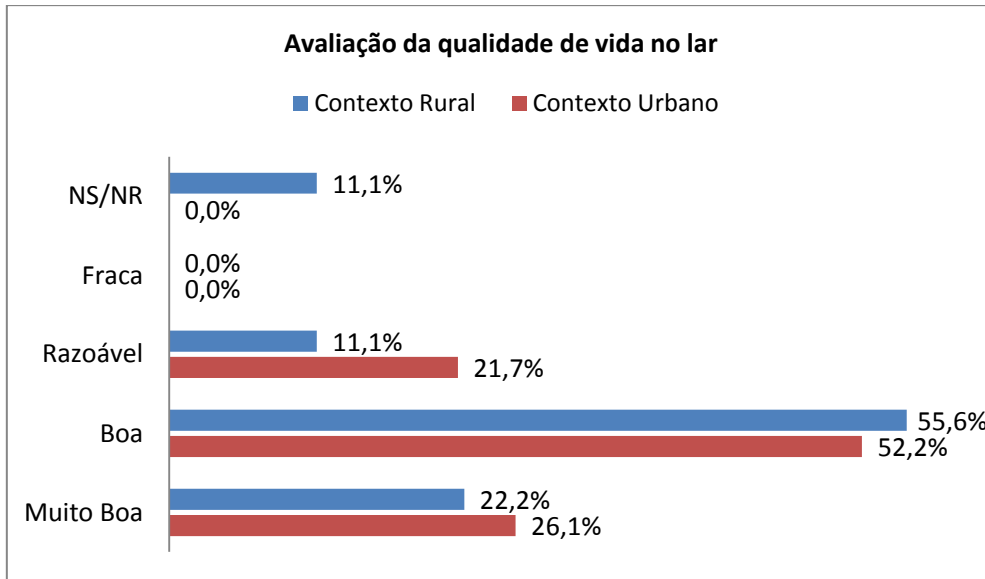
Em contexto urbano, verificamos no **GRÁFICO 31**, que são muito mais diversificados os motivos de felicidade que a amostra expõe, sendo que 100% da amostra admitiu sentir-se feliz na instituição de acordo com a análise do gráfico 25. Comprovamos agora os motivos de felicidade apresentados pelos idosos urbanos: 13% da amostra inquirida, refere como razão de felicidade o fato de se sentir bem, 9% diz sentir-se feliz

porque se dá bem com toda a gente, 9% é feliz porque não lhe falta nada, 9% em semelhança á resposta anterior, diz ser feliz porque tem tudo o que precisa, tendo sido estes os motivos mais mencionados. Perante a análise das respostas em ambos os contextos, podemos concluir que os idosos associam muito a felicidade ao bem-estar e ao fato de não sentirem solidão. Comparando as respostas dadas pelos idosos de ambos os contextos, verifica-se grande semelhança de respostas relativamente aos motivos que apresentam como razão de felicidade.



**GRÁFICO 32.** Motivos de infelicidade da amostra rural

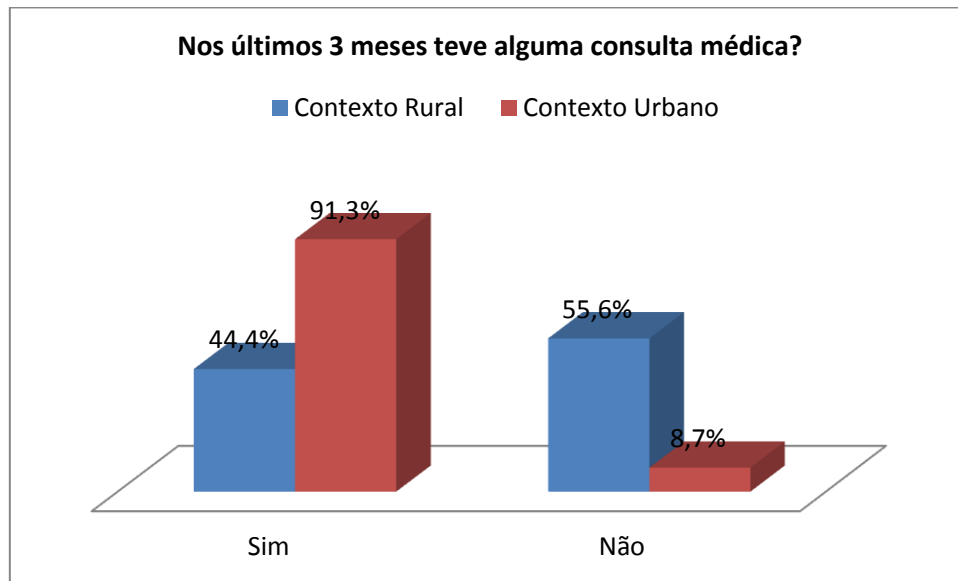
Como verificámos no **GRÁFICO 29**, 22.2% da amostra rural disse não ser feliz na instituição. Vejamos agora, as razões que apresentam como motivos de infelicidade no **GRÁFICO 32**: 50.0% dos inquiridos, demonstra infelicidade, apontando como motivo, gostar mais de estar em casa e 50.0% diz sentir saudades do filho/os. Apenas a amostra rural revelou sentimento de infelicidade na instituição.



**GRÁFICO 33.** Autoavaliação da qualidade de vida no lar

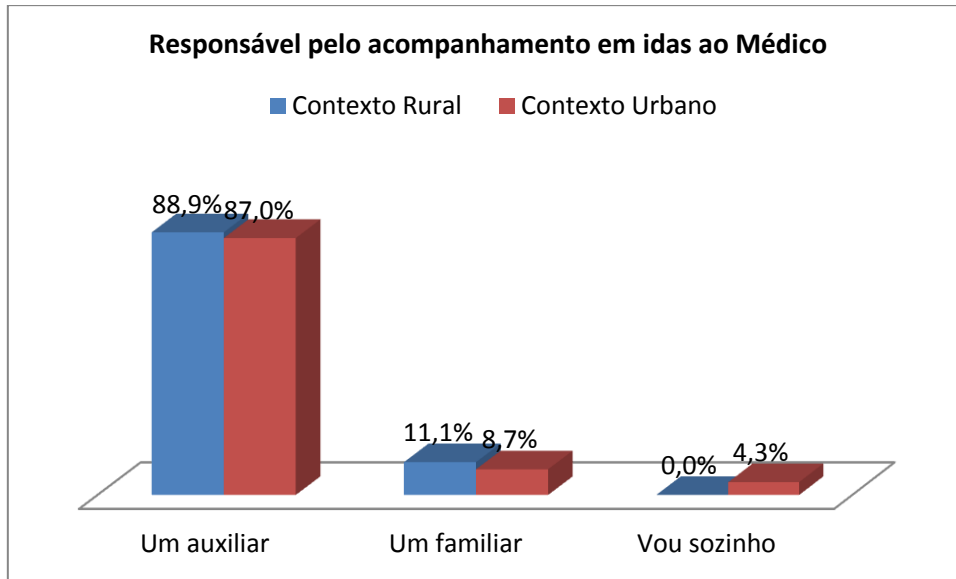
Nos resultados obtidos no **GRÁFICO 33**, verificamos que quando questionados os idosos de ambos os contextos, para autoavaliar a sua qualidade de vida no lar, 55.6% da amostra rural, avaliou a sua qualidade de vida como “Boa” e 22.2% dos inquiridos afirmou ser “Muito Boa”. À semelhança das respostas dos idosos em contexto rural, também os idosos de contexto urbano, com 52.2% das respostas, dizem ter uma “Boa” qualidade de vida e 26.1% dos inquiridos referem ser “Muito Boa”.

## POLÍTICA DE ADEQUAÇÃO DE CUIDADOS ÀS NECESSIDADES ESPECÍFICAS DOS IDOSOS



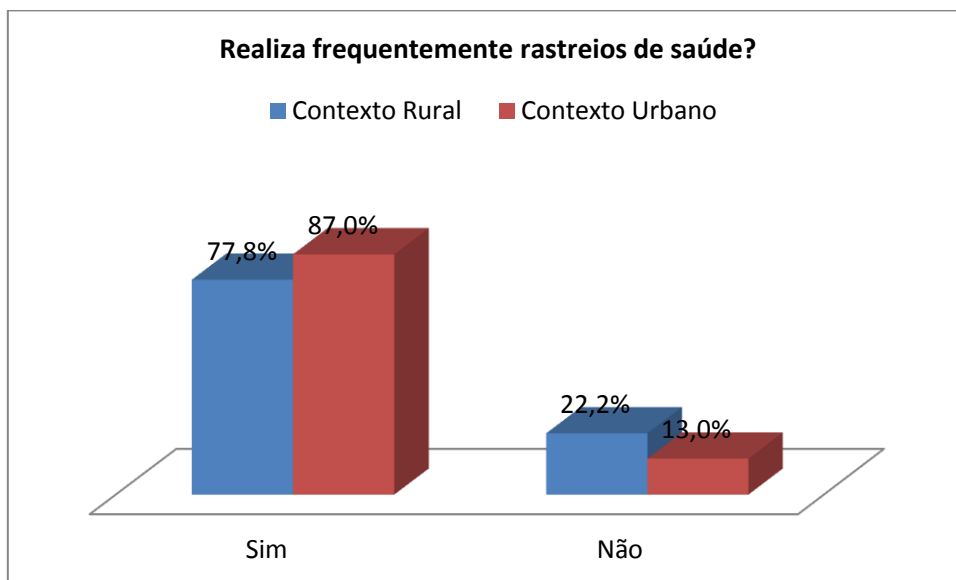
**GRÁFICO 34.** Acompanhamento médico da amostra nos últimos três meses

Na política de adequação de cuidados às necessidades específicas dos idosos, começámos por fazer algumas questões, abrangendo a vigilância da saúde e o acesso a cuidados primários. Inicialmente, os idosos foram questionados quanto ao acesso a consultas médicas. Os resultados obtidos no **GRÁFICO 34** foram os seguintes: em contexto rural, 44.4% da amostra teve acesso a uma consulta médica nos últimos 3 meses e 55.6% dos idosos refere que não teve qualquer consulta médica nos últimos 3 meses. Em contexto urbano, 91.3% dos idosos teve uma consulta médica nos últimos 3 meses. Logo, existe uma maior vigilância na saúde dos idosos urbanos, em comparação aos idosos rurais.



**GRÁFICO 35.** Responsável pelo acompanhamento da amostra em idas ao médico

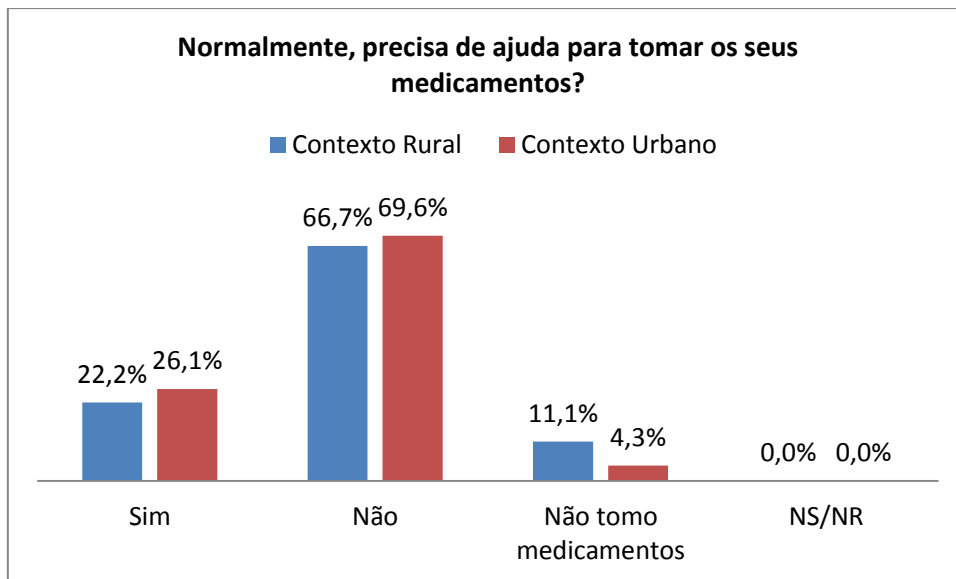
Como comprovámos no **GRÁFICO 35**, quando os idosos têm consultas de rotina ou por algum motivo adoecem e precisam de ir ao Médico, quem acompanha 88.9% da amostra rural é um auxiliar e 11.1% dos inquiridos é acompanhado por um familiar. Em contexto urbano, 87% dos idosos diz ser acompanhado por um auxiliar e 8.7% por um familiar.



**GRÁFICO 36.** Realização de rastreios de saúde da amostra

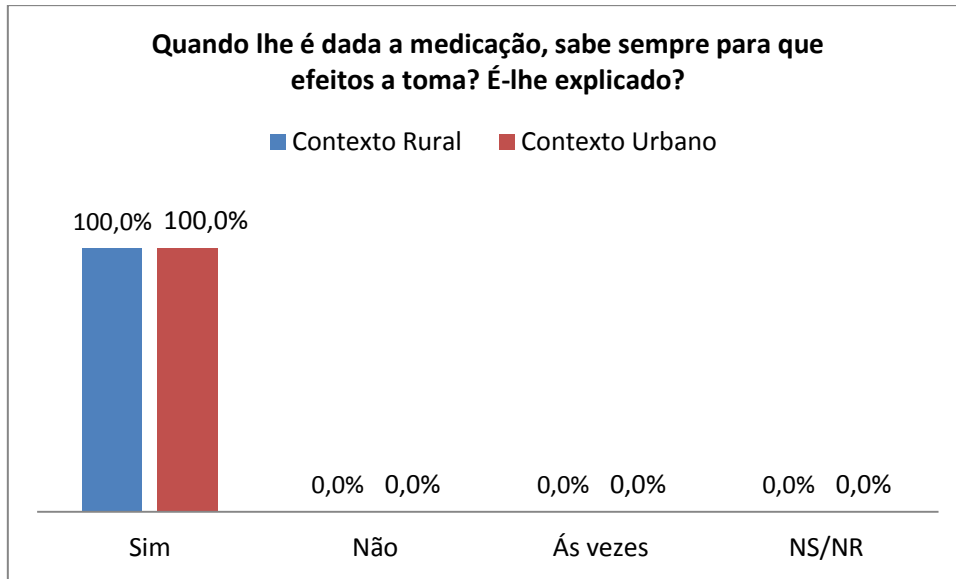
Como ficou claro no **GRÁFICO 36**, quanto à realização de rastreios de saúde, 77.8% da amostra rural e 87% da amostra urbana, dizem realizar frequentemente rastreios de

saúde, enquanto 22.2% dos idosos rurais e 13% dos idosos urbanos, afirmaram não realizar periodicamente rastreios de saúde.



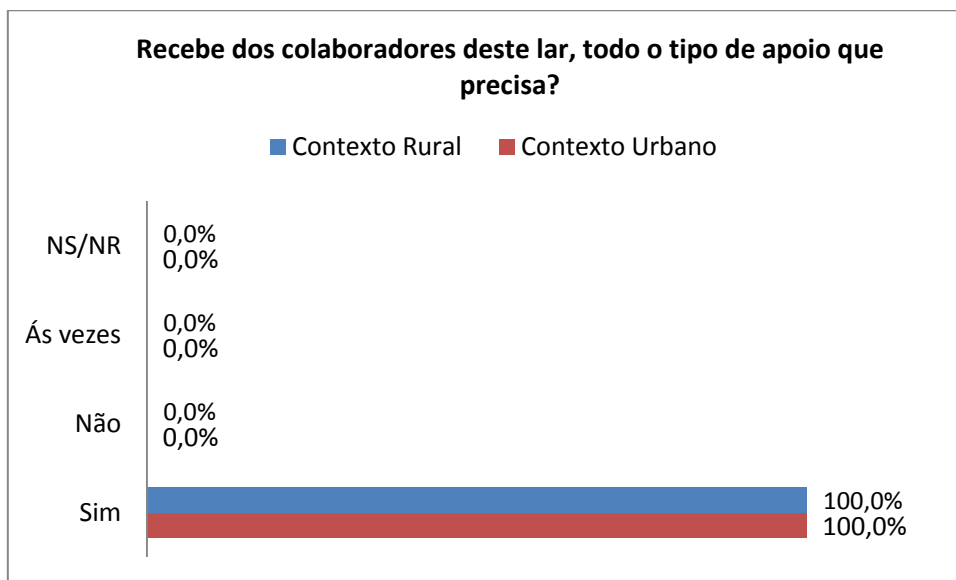
**GRÁFICO 37.** Necessidade de ajuda da amostra para administrar os seus medicamentos

Após a análise do **GRÁFICO 37**, verificámos que em ambos os contextos existe uma grande percentagem de idosos que não precisa de ajuda para tomar os seus medicamentos. Portanto, em contexto rural, 66.7% dos idosos inquiridos, afirmaram não precisar de ajuda, 22.2% referem necessitar de ajuda e 11.1% da amostra não toma qualquer tipo de medicação. Em contexto urbano, comprovamos que 69.6% dos idosos inquiridos não necessita de ajuda para tomar medicação, 26.1% dizem carecer de ajuda e 4.3% referem não tomar medicação.



**GRÁFICO 38.** Conhecimento dos efeitos da medicação que a amostra administra

Pelos dados obtidos em ambos os contextos, rural e urbano, analisados no **GRÁFICO 38** e na sequência da questão anterior, comprovámos que a percentagem de idosos (100%) que necessita de ajuda na toma de medicação sabe efetivamente para que efeitos a tomam.

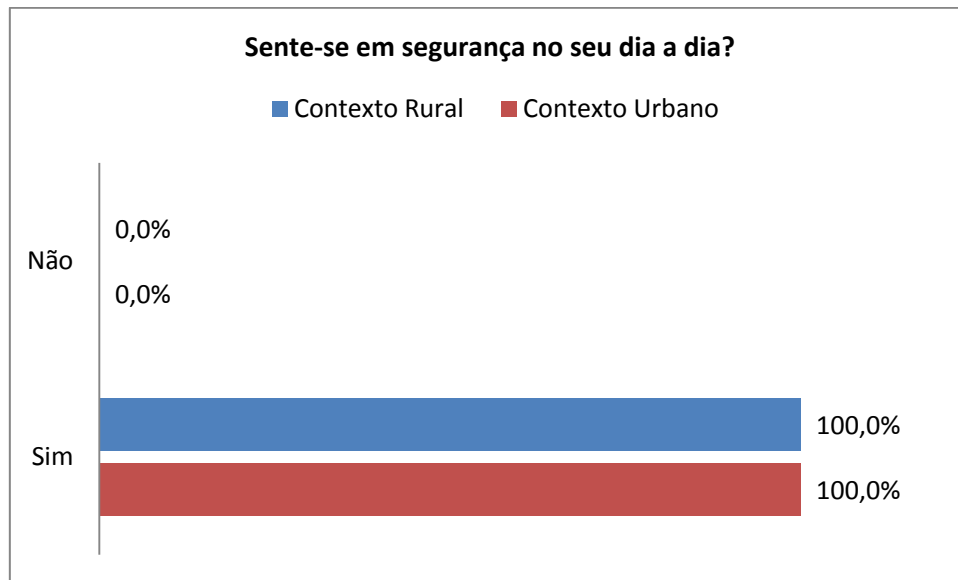


**GRÁFICO 39.** Satisfação da amostra com o apoio dos colaboradores

Por fim e como avaliação da política de adequação de cuidados às necessidades específicas de cada idoso, quando questionada a amostra de ambos os contextos quanto à satisfação com o tipo de apoio que recebem dos colaboradores, comprovamos através do **GRÁFICO 39**, que a totalidade dos idosos rurais (100%) e

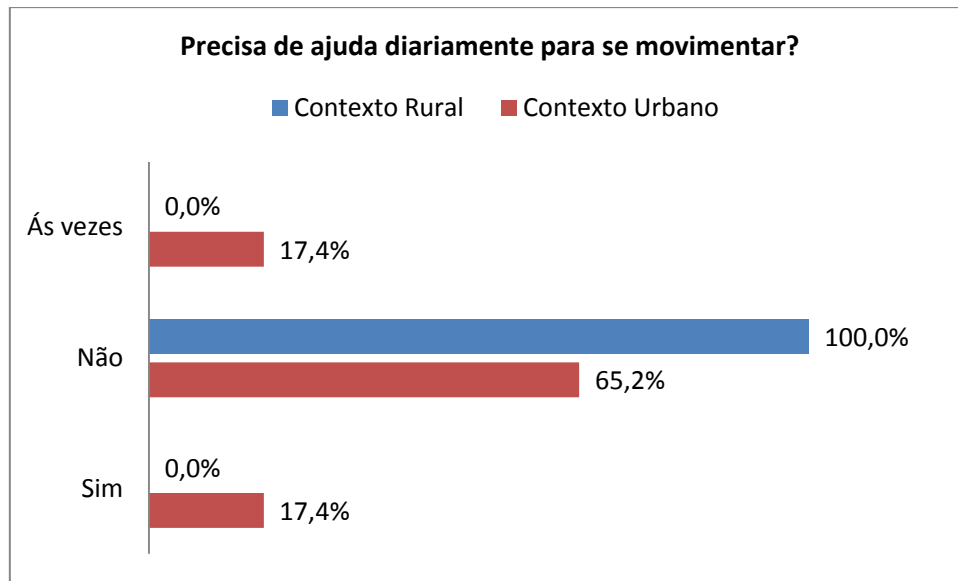
urbanos (100%) inquiridos expressaram unanimemente, receber todo o tipo de cuidados que precisam diariamente dos colaboradores da instituição.

### **POLÍTICA DE PROMOÇÃO DE AMBIENTES FACILITADORES DE AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA**



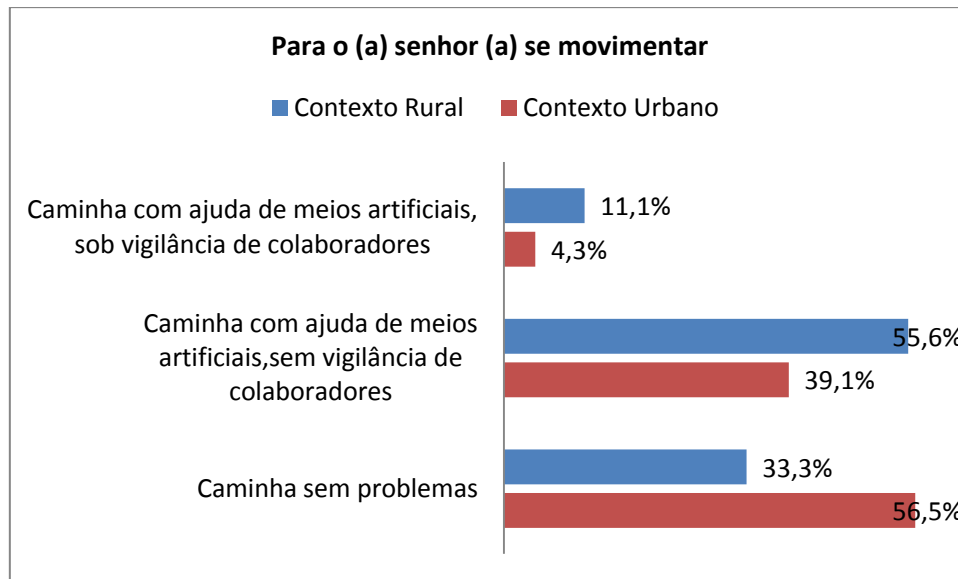
**GRÁFICO 40.** Sentimento de segurança da amostra

Nas instituições, cada espaço deve ser adaptado com os devidos apoios para o idoso, de modo a que todos se sintam incluídos a viver o dia a dia com autonomia e independência. Portanto, também nesta política de promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência, questionamos os idosos quanto ao sentimento de segurança no espaço físico da instituição. As respostas obtidas foram unânimes, as quais comprovámos através da análise do **GRÁFICO 40**, com a totalidade dos inquiridos em contexto rural (100%) e urbano (100%), a expressar total sentimento de segurança no seu dia a dia.



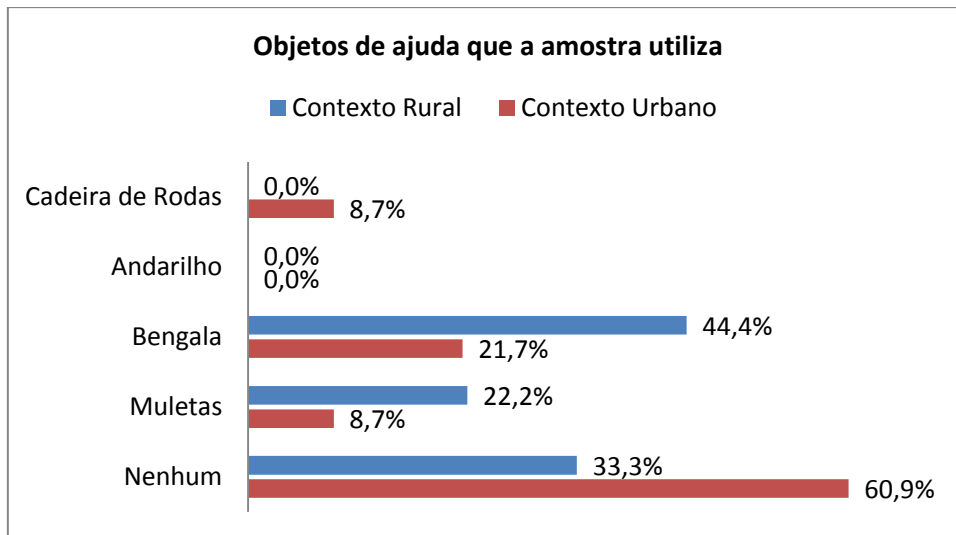
**GRÁFICO 41.** Necessidade de ajuda para a amostra se movimentar diariamente

Com este estudo pretendemos também conhecer melhor o nível de autonomia e independência da nossa amostra, procurando saber a proporção de idosos que precisa de ajuda diariamente para se movimentar, seja para se sentar, levantar, deitar, andar, ou subir escadas. Assim, após a análise dos resultados obtidos no **GRÁFICO 41**, comprovamos que 100% da amostra de idosos institucionalizados em contexto rural, não precisa de qualquer tipo de ajuda para se movimentar, enquanto em contexto urbano, 65.2% dos idosos refere também não necessitar de qualquer ajuda para se movimentar, enquanto 17.4% diz precisar de ajuda sempre e 17.4% dos idosos, às vezes.



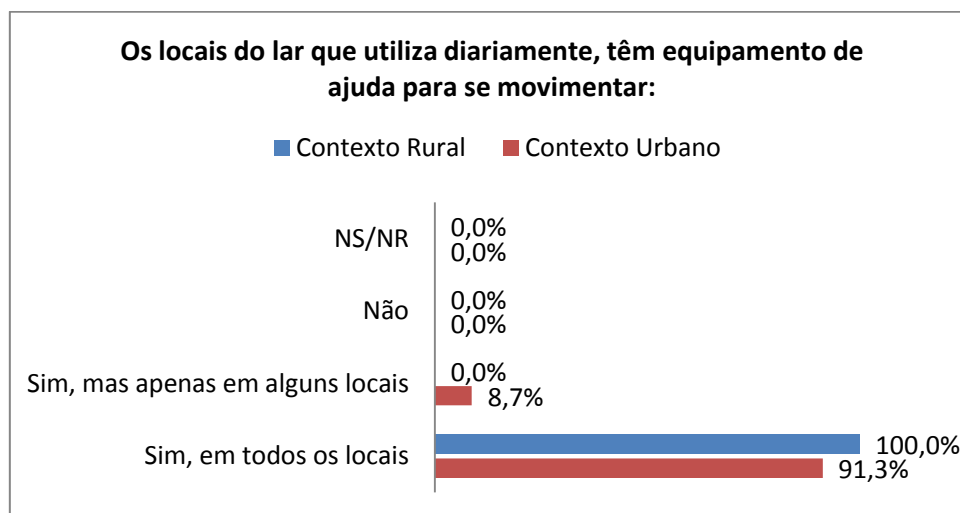
**GRÁFICO 42.** Formas da amostra se movimentar

Após analisarmos os dados obtidos no **GRÁFICO 42**, aferimos que 55.6% da amostra rural, caminha com ajuda de meios artificiais, sem vigilância de colaboradores da instituição; 33.3% diz que caminha sem problemas e 11.1% da amostra, caminha com ajuda de meios artificiais, sob vigilância de colaboradores da instituição. Na amostra urbana, 56.5% dos idosos caminha sem problemas, 39.1% caminha com ajuda de meios artificiais, sem vigilância de colaboradores da instituição e 4.3% da amostra, caminha com ajuda de meios artificiais, sob vigilância de colaboradores. Como comprovamos pelos resultados obtidos, verifica-se maior autonomia nos idosos institucionalizados em contexto urbano.



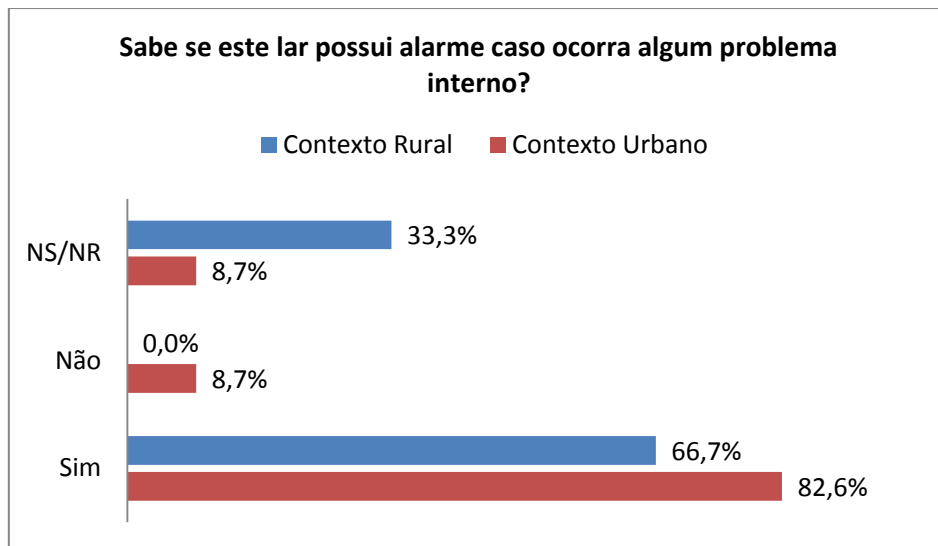
**GRÁFICO 43.** Objetos de ajuda que a amostra utiliza diariamente para se movimentar

Conferimos pelo **GRÁFICO 43**, que 44.4% da amostra institucionalizada em contexto rural precisa da bengala como objeto de ajuda para se movimentar diariamente, 22.2% dos inquiridos necessita de muletas e 33.3% da amostra não precisa de nenhum objeto de ajuda. Em contexto urbano, verificamos que 60.9% da amostra não precisa de qualquer objeto de ajuda para se movimentar diariamente, no entanto, 21.7% dizem necessitar de bengala, 8.7% de muletas e 8.7% de cadeira de rodas. Também através dos dados obtidos no gráfico 37, verificamos maior autonomia e independência da amostra urbana para se movimentar, em comparação à amostra rural.



**GRÁFICO 44.** Conhecimento da amostra do equipamento de ajuda para se movimentar no espaço físico da instituição

Para facilitar a mobilidade do idoso com independência, existem diversos equipamentos de ajuda, dos quais as instituições devem dispor. Verificamos no **GRÁFICO 44**, que quando questionados os idosos da existência de equipamento de ajuda nos locais que utilizam diariamente na instituição, em contexto rural a totalidade da amostra (100%) e 91.3% da amostra urbana, afirmaram usufruírem de equipamento de ajuda para se movimentar em todos os locais. Apenas 8.7% da amostra urbana disse ter esse tipo de equipamento em apenas alguns locais como a casa de banho e o corredor.



**GRÁFICO 45.** Conhecimento da amostra relativamente à existência de alarme na instituição

Numa última questão acerca de meios de segurança disponíveis nas instituições, quando questionada a amostra relativamente ao conhecimento da existência de alarme na instituição, 66.7% dos idosos rurais e 82.6% dos idosos urbanos, referiram saber da existência de alarme na instituição. No entanto, 33.3% da amostra rural e 8.7% da amostra urbana, não sabia ou não respondeu à questão e ainda 8.7% da amostra urbana, afirmou não saber mesmo da existência de alarme no caso de ocorrer algum problema interno.

## CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS DOS DOIS ESTUDOS REALIZADOS

---

De forma a evidenciar os dados mais significativos obtidos nesta investigação e confrontá-los com as opiniões de autores que fizeram parte do suporte teórico dos dois estudos realizados, seguidamente, apresentaremos reflexões críticas acerca dos resultados obtidos, cruzando e comparando o resultado dos dois estudos realizados.

### **Dados sociodemográficos/Caraterização dos grupos estudados**

Na amostra institucionalizada em contexto rural, predominou o sexo feminino (55.6%), tinham maioritariamente entre 85-89 anos, 88.9% eram viúvos, tinham o ensino primário (55.6%) e 44.4% da amostra era analfabeta. De acordo com Ferrão (2000), historicamente, o mundo rural português esteve sempre ligado à agricultura, como principal atividade económica. Neste contexto, a maioria da amostra teve de facto como principal ocupação ao longo da vida, a agricultura (66.7%) e 88.9% da amostra rural, também é proveniente deste meio. Para Antonini *et al* (2008), o termo “idoso institucionalizado” designa pessoas idosas que vivem em casas de acolhimento social. Relativamente ao tempo de institucionalização da amostra rural, variou entre 1 a 6 meses (33.3%) e 7 a 9 anos (33.3%).

Na amostra institucionalizada em contexto urbano, predominou o sexo feminino (69.6%), tinham maioritariamente entre 75-79 anos, 73.9% eram viúvos, tinham o ensino primário 73.9% dos inquiridos e 17.4% da amostra, era analfabeta. Neste contexto verificou-se uma diversidade de profissões enquanto ocupação ao longo da vida, entre as percentagens mais significativas, destacamos funções de operário (a) fabril e costureira. 56.5% da amostra urbana também provém de meios urbanos. Quanto ao tempo de institucionalização desta amostra, variou entre 4 a 6 anos (34.8%) e 1 a 3 anos (34.8%). Estes resultados vão de encontro ao descrito pelo INE relativamente ao aumento da população idosa e longevidade em Portugal, que tenderá a duplicar até 2060, passando para 32.3% a proporção de idosos no nosso país. O estado civil mais mencionado em ambos os contextos de institucionalização foi a viuvez. Assim, como nos diz Pimentel (2001), o motivo frequentemente mencionado

pelos idosos como fator de internamento é a solidão e a falta de suporte familiar, devido à perda do cônjuge.

De acordo com Sequeira & Silva (2002), o processo de envelhecimento é influenciado pelo contexto em que o idoso se insere. Perante os resultados qualitativos resultantes dos discursos das Diretoras Técnicas, em contexto rural, comprovámos que de fato os idosos rurais provêm de meios rurais, em que a grande maioria até já se conheciam. Também em contexto urbano, a Diretora referiu que a grande parte da amostra urbana, teve a sua origem nos meios urbanos, em que a maioria tinha relações de amizade ou de algum conhecimento com outros idosos da freguesia. Quando pedida a caracterização dos grupos, em contexto rural, a Diretora Técnica referiu tratar-se de um grupo muito homogéneo, com formas de pensar e hábitos culturais e diários muito idênticos entre si, enquanto a Diretora Técnica de contexto urbano, classificou a amostra como um grupo muito heterogéneo, composto por idosos que muito se diferenciam entre si.

### **Autoperceção da saúde, bem-estar e qualidade de vida**

Tal como refere a OMS (1948), o conceito de saúde, refere-se ao “estado completo de bem-estar físico, psíquico e social e não somente à ausência de doenças” (Cordeiro *et al*, 1999). Fazendo referência aos dados quantitativos, na autoperceção da saúde, 33.3% da amostra rural percecionou a sua saúde em geral como “boa” e 33.3% como “razoável”, e ainda 44.4% dos idosos afirmaram não terem atualmente qualquer problema de saúde. Na amostra urbana, 43.5% dos idosos percecionaram a sua saúde em geral como “razoável”, e ainda 30.4% dos inquiridos afirmaram não possuir atualmente problemas de saúde. No entanto, foi em contexto urbano, onde verificámos que a amostra possuía mais problemas de saúde, como a osteoporose (13.0%) e os problemas cardiovasculares (17.4%), entre os problemas mencionados com percentagens mais significativas. Também os resultados qualitativos vão de encontro aos dados quantitativos: em contexto rural, a Diretora Técnica classificou a saúde da amostra como “boa, mas com a presença de patologias associadas à terceira idade”; em contexto urbano, a entrevistada classificou de “boa” a saúde da amostra, não deixando de referir, que o adjetivo que caracterizaria a saúde dos idosos é a

“estabilidade”, porque todos são acompanhados pelos técnicos de saúde que a instituição dispõe.

Para Paúl & Fonseca (2001) citado por Azeredo (2011, p.121), a qualidade de vida do idoso influencia a sua saúde. Através dos resultados quantitativos comprovámos que a qualidade de vida é percecionada pelos idosos de forma muito positiva: 55.6% da amostra rural e 55.2% da amostra urbana, perceciona a sua qualidade de vida como “Boa”, enquanto 22.2% da amostra rural e 26.1% da amostra urbana, diz ter uma qualidade de vida “Muito Boa” na instituição. No estudo realizado por Sousa *et al* (2003), pretendeu-se caracterizar a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos do seu próprio ponto de vista e concluíram que, o panorama da qualidade de vida e bem-estar dos idosos é bastante bom. No nosso estudo chegamos às mesmas conclusões de Sousa *et al* (2003).

Pensámos que a capacidade funcional é um importante factor de impacto na qualidade de vida dos idosos, tendo maior influência no domínio físico. No estudo quantitativo, a amostra rural revelou menor capacidade funcional em comparação à amostra urbana, sobretudo porque 55.6% dos idosos rurais caminham com a ajuda de meios artificiais, enquanto 56.5% dos idosos urbanos, caminham sem problemas.

Quanto ao domínio psicológico, considerámos ter sido bom em ambos os contextos, o que também pode ter influenciado na autoperceção da saúde, bem-estar e qualidade de vida. As questões usadas para essa avaliação foram: “Está satisfeito com todas as condições do lar?”; “Recebe dos colaboradores deste lar, todo o tipo de apoio que o (a) senhor (a) precisa?”; “Sente-se em segurança no seu dia a dia?”. As respostas a estas questões foram positivas em ambos os contextos estudados. Na primeira questão, a totalidade da amostra rural e urbana referiu a opção “sim”; na segunda questão, também a totalidade das respostas da amostra rural e urbana incidiram igualmente na opção “sim” e tal como nas questões anteriores, também na terceira questão, o sentimento de segurança foi total, tanto na amostra rural como na amostra urbana. Portanto, estes resultados demonstraram uma influência positiva na autoperceção da saúde e qualidade de vida nas instituições dos diferentes contextos estudados. Como nos diz Pimentel (2001), os idosos poderão considerar que o facto de

estarem institucionalizados, lhes garante alguma estabilidade, pois sabem que terão apoio em qualquer circunstância, o que os faz sentir seguros e mais protegidos.

Em relação ao ambiente institucional, considerámos as seguintes questões: “Costuma praticar algum tipo de atividade física organizada pela instituição?”; “A presença de técnicos que promovem atividades lúdico-recreativas e educativas na instituição, contribui para melhorar a qualidade de vida do seu dia a dia?”; “Como é que o (a) senhor (a) ocupa o seu tempo na instituição?”. Perante as respostas obtidas a estas questões no estudo quantitativo, verificámos que é importante motivar os idosos para o desenvolvimento de atividades físicas, de recreação e lazer, entre outras, de modo a aumentar a felicidade, qualidade de vida e bem-estar, no ambiente institucional. Para Ribeiro e Paúl (2011), um estilo de vida fisicamente ativo, que inclua não só o exercício físico, mas também o envolvimento do idoso nouro tipo de atividades sócio recreativas, permitem manter a mente ativa e estimulada, melhorando o funcionamento cognitivo e bem-estar físico e psicológico.

Comparando os resultados qualitativos aos quantitativos referidos anteriormente, também as entrevistadas consideraram que a participação dos idosos nas atividades realizadas por técnicos especializados favorecia a qualidade de vida, sendo em contexto rural ou urbano. Assim, as Diretoras Técnicas percecionaram melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida no dia a dia de cada idoso, com a prática das políticas de saúde estudadas, que consideraram contribuir de forma significativa para a promoção do envelhecimento ativo.

Relativamente ao bem-estar percecionado pelos idosos, tanto a amostra rural (88.9%) como a amostra urbana (82.6%) percecionaram bem-estar nos últimos meses.

### **Envelhecimento Ativo**

Através da política de promoção do envelhecimento ativo, as instituições desenvolvem estratégias que visam na qualidade de vida e no envelhecimento saudável. Verificámos nos estudos realizados, que ambas as instituições revelaram práticas ao nível da atividade física, embora na instituição urbana o impacto seja maior, devido ao facto de os idosos terem a possibilidade de desenvolverem um maior número de atividades

físicas no dia a dia, como a ginástica, caminhadas, dança e baile. Já em contexto rural, como comprovamos no estudo quantitativo, os idosos participam nas atividades em maior número em comparação à amostra urbana, mas apenas referiram praticar ginástica e caminhadas, portanto dispõe de menor oferta de atividades físicas. Assim, a aposta da instituição urbana é melhor ao nível da atividade física.

Na perspectiva de Rabelo (2009), a percepção que o idoso tem acerca do funcionamento da própria memória é um fator relevante e as queixas que apresenta acerca das falhas de memória, podem fazer parte de alterações normais do envelhecimento, como também podem servir para sinalizar qualquer situação de demência. Quanto às queixas de memória, no estudo quantitativo, 30.4% da amostra urbana afirma ter queixas de memória com alguma importância, enquanto 88.9% da amostra rural, referiu não possuir queixas frequentes de memória. Assim, são os idosos rurais que revelam uma condição mais satisfatória em relação à preservação da memória.

No entender de Ribeiro e Paúl (2011), o sono é um dos mecanismos que permite manter o equilíbrio do nosso corpo e contribui de forma significativa para a qualidade de vida. Sempre que dormimos as horas de sono adequadas, permite a renovação das principais funções mentais e emocionais. Quanto à quantidade de horas de sono, 55.6% dos idosos rurais, afirmou dormir 9 a 12 horas numa noite, enquanto em contexto urbano, 47.8% da amostra referiu dormir 6 a 8 horas numa noite. Perante os resultados quantitativos, os idosos rurais vivem mais satisfeitos com as horas de sono que dormem.

Para Campos & Coelho (2009), a prática de uma alimentação saudável, contribui de forma significativa para a prevenção de doenças e para o aumento da qualidade de vida das pessoas idosas. No entanto, para Azeredo (2011), é importante comer quantidades adequadas para que haja equilíbrio na combinação de nutrientes, caso contrário, podemos estar a favorecer o aparecimento de doenças. Com o nosso estudo, concluímos que em ambos os contextos, os idosos preocupam-se em fazer várias refeições ao longo do dia e revelaram na sua maioria, preocupação com a quantidade e qualidade dos alimentos que consomem diariamente.

Para um bom envelhecimento ativo e qualidade de vida, segundo Ribeiro & Paúl (2011), o idoso deve envolver-se em atividades de diferentes âmbitos de lazer, consoante os interesses pessoais de cada um, como por exemplo, atividades físicas, intelectuais, culturais, manuais e artísticas. Com o nosso estudo quantitativo, verificámos que em ambos os contextos de institucionalização, é fomentada a participação dos idosos em atividades lúdico recreativas e educativas, entre outras, desenvolvidas por técnicos especializados, que contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos idosos no ambiente institucional e preservação da saúde. Mas, de acordo com os resultados do estudo qualitativo, em contexto rural existe uma maior aposta em técnicos especializados de áreas diversificadas, enquanto em contexto urbano, têm uma forte aposta na Animadora para o desenvolvimento de atividades diárias de animação.

No estudo quantitativo, foi importante conhecer também os fatores de longevidade mencionados pela amostra. Assim, em contexto rural, os fatores de longevidade mais mencionados, foram: gostar de viver (55.6%) e o trabalho (22.2%) e em contexto urbano, gostar de viver (30.4%) e os hábitos saudáveis (17.4%). Foi na amostra urbana onde verificámos maior diversidade de fatores de longevidade referidos pelos idosos.

Comparando os resultados do estudo quantitativo com os do estudo qualitativo, verificámos que existem práticas que fomentam o envelhecimento ativo e que estimulam diariamente as capacidades dos idosos através de atividades aos mais diversos níveis. Podemos comprovar essas práticas de acordo com os discursos das entrevistadas, com procedimentos, como: em contexto rural, idas à missa na igreja da comunidade; participar em convívios locais e atividades exteriores organizadas como visitas a museus, teatros, passeios e festas regionais, religiosas e culturais de outras localidades; e também através do convívio entre outras instituições. Logo, os idosos rurais participam de forma ativa na vida da comunidade e a grande maioria da amostra rural vê ou está com a família semanalmente, quando os visitam na instituição. Também em contexto urbano têm alguns procedimentos habituais que fomentam o envelhecimento ativo. Para além de uma boa aposta na atividade física, também são dinamizados passeios, convívios interinstitucionais e intergeracionais, há uma forte

aposta em atividades de animação, assim como apostam no contacto dos idosos com a comunidade envolvente quer através das famílias, porque na generalidade são famílias muito presentes, quer através da instituição que possibilita esse contacto de diversas formas (idas ao banco, atuações do rancho folclórico...). De acordo com Pereira (2008), quando os idosos passam a estar institucionalizados, cabe aos familiares fazer o que lhes é possível para manterem a normalidade dos laços afetivos.

### **A adequação de cuidados às necessidades específicas dos idosos**

Para Costa & Barreto (2003), a adoção de estilos de vida saudáveis são importantes determinantes para o envelhecimento ativo e saudável e estes determinantes, são todos os fatores físicos, biológicos, sociais, culturais e comportamentais, que podem exercer influência no estado de saúde do idoso. Para avaliarmos a prática desta política de saúde, optamos por avaliar a opinião dos idosos através de questões acerca da vigilância da saúde e o acesso a cuidados primários de saúde e concluímos que: 55.6% da amostra rural refere que não teve qualquer consulta médica nos últimos três meses, enquanto 91.3% da amostra urbana teve uma consulta médica nos últimos três meses. No caso de ser necessário ir ao Médico, a grande maioria da amostra de ambos os contextos é acompanhada por um auxiliar da instituição. Relativamente à realização de rastreios de saúde, 77.8% da amostra rural e 87% da amostra urbana, disseram realizar frequentemente rastreios à sua saúde. Quanto à medicação, em contexto rural, 11.1% da amostra não ingere medicamentos, 66.7% da amostra afirmou tomar medicamentos sem ajuda dos colaboradores e referiram saber para que efeitos tomam a medicação; no contexto urbano, 69.6% da amostra toma medicação mas não necessita da ajuda de colaboradores para a administrar e 26.1% disseram tomar medicação e carecer da ajuda de colaboradores, mas também afirmaram saber para que efeitos tomam a medicação.

No entanto, de acordo com os resultados do estudo qualitativo, verificámos que ambas as instituições têm a preocupação com o reconhecimento das necessidades e expectativas de cada idoso no momento de admissão no lar. Perante os relatos das entrevistadas, percebemos que as instituições estudadas têm algumas práticas semelhantes na vigilância e acompanhamento da saúde dos idosos, tanto no que diz

respeito aos técnicos de saúde existentes na instituição, como em idas ao Médico, na realização periódica de rastreios de saúde e na administração da medicação. Comparativamente, a divergência que encontramos entre os resultados do estudo qualitativo com os do estudo quantitativo, foi o facto de termos verificado nos dados quantitativos, que a amostra rural teve menos consultas médicas em comparação à amostra urbana, nos últimos três meses.

### **Promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência**

Como refere Prado (2003), um ambiente institucional acessível torna possível uma maior autonomia e independência para o idoso no seu quotidiano. No entanto, Ribeiro & Paúl (2011) afirmam que a segurança também é uma das necessidades fundamentais do idoso. Através dos resultados do estudo qualitativo, percebemos pelo discurso das entrevistadas e pela observação que fizemos do espaço físico de ambas as instituições estudadas, que dispõem de espaços físicos que permitem a mobilidade dos idosos em todos os locais do lar com segurança, o que possibilita aos idosos usufruírem de uma maior autonomia no quotidiano institucional. Contudo, os dados do estudo quantitativo revelaram-nos que é em contexto urbano onde os idosos têm maior capacidade funcional e autonomia, uma vez que em contexto rural, há um número significativo de idosos com a sua mobilidade mais condicionada, carecendo de objetos de ajuda para deslocação e por isso, apresentam uma menor capacidade funcional no dia a dia.

Comparando e cruzando os resultados do estudo quantitativo, com os do estudo qualitativo, podemos concluir na generalidade, que os dados obtidos nas entrevistas confirmam os dados obtidos no estudo quantitativo, o que nos permitiu certamente obter uma visão mais alargada do tema estudado nesta investigação.

Em suma, através dos resultados obtidos no estudo quantitativo, confirmámos que os idosos estudados em contexto rural e urbano têm uma autoperceção satisfatória da sua saúde, qualidade de vida e bem-estar no ambiente institucional. Contudo, os domínios físico, psicológico, ambiental e social revelaram exercer alguma influência nessas perceções.

Comprovamos que para manter ativos os idosos institucionalizados, é importante incentivá-los e proporcionar-lhes atividades educativas, recreativas, físicas e de lazer (de entre outras), para promover a redução do isolamento e aumentar a inserção do idoso no ambiente institucional, refletindo-se na melhoria das condições de saúde e no aumento do nível de qualidade de vida, e para tal, o contributo de técnicos especializados nas instituições, é fundamental.

## 5.1. VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES DO ESTUDO QUANTITATIVO

---

Para melhor justificar e compreender o tema estudado, formulámos hipóteses, as quais passamos agora a analisar de acordo com os resultados obtidos no estudo quantitativo, realizado em distintos contextos de institucionalização.

**Hipótese 1: As estratégias seguidas a partir das políticas de saúde pela instituição em contexto rural têm reflexos mais positivos na qualidade de vida e preservação da saúde dos idosos, em comparação ao contexto urbano.**

Esta hipótese não foi confirmada de acordo com os dados obtidos no estudo quantitativo realizado. Chegamos à conclusão que as estratégias seguidas pelos técnicos especializados, a partir das políticas de saúde na instituição de contexto rural, em muito se assemelham às estratégias seguidas em contexto urbano, mas não revelam ter reflexos mais positivos na preservação da saúde e qualidade de vida, nem o mesmo impacto nos idosos, em comparação com o contexto urbano. Embora a instituição rural disponha de bons recursos humanos e materiais, não são tão bem aproveitados pelos idosos no dia-a-dia.

No entanto, a repercussão das políticas de saúde nesta instituição revelou-se positiva, tanto na preservação da saúde, como na qualidade de vida. Permitem ao idoso o envolvimento em atividades físicas (Gráfico 12 e 13), em jogos de estimulação da memória, existe a preocupação com a boa qualidade do sono e com a estimulação da prática de uma alimentação saudável (Gráfico 19 e 20). Os idosos também são estimulados para a participação em diversas atividades sócio recreativas, educativas e culturais (Gráfico 21 e 22), que contribuem para o sentimento de felicidade (Gráfico 29 – Sentimento de felicidade da amostra) e bem-estar (Gráfico 27 – Sentimento de bem-estar nos últimos três meses) dos idosos na instituição e para a promoção do envelhecimento ativo.

De acordo com a opinião dos idosos rurais, a qualidade de vida institucional é percecionada como “boa” ou “muito boa”. Verificámos diferenças pouco significativas ao nível da preservação da saúde e qualidade de vida encontradas entre os contextos rural e urbano, quer através de opiniões semelhantes acerca da perceção da saúde

(Gráfico 9 – Autopercepção da saúde) e qualidade de vida (Gráfico 33 – Autoavaliação da qualidade de vida no lar), e sobretudo nas semelhantes formas de acompanhamento e supervisão da saúde dos idosos, dispondo de recursos humanos na área da saúde em ambas as instituições estudadas.

**Hipótese 2: As estratégias seguidas pela instituição em contexto urbano têm reflexos mais positivos na qualidade de vida e preservação da saúde dos idosos em comparação, ao contexto rural.**

Esta hipótese confirma-se. Verificámos reflexos mais positivos das estratégias seguidas a partir das políticas de saúde, na preservação da saúde e qualidade de vida dos idosos urbanos em comparação ao grupo de idosos estudados em contexto rural, sobretudo porque no contexto de institucionalização urbano, o grupo de idosos estudados são mais ativos e felizes no dia a dia institucional (Gráfico 29 – Sentimento de felicidade da amostra). É em contexto urbano que os idosos são mais estimulados e motivados para novas aprendizagens e novos interesses, que a instituição possibilita através dos recursos disponíveis. Embora em contexto rural também disponham de bons recursos humanos e materiais, estes não são tão bem aproveitados no quotidiano pelos idosos. Logo, os idosos rurais acabam por limitar a sua participação ao número de atividades de que a instituição dispõe, enquanto em contexto urbano, existe uma maior variedade de atividades, entre as quais, os idosos têm oportunidade de escolher aquelas que vão de encontro aos seus interesses.

**Hipótese 3: O nível de escolaridade melhora a autopercepção da saúde e qualidade de vida entre os idosos institucionalizados em contexto rural e urbano.**

Esta hipótese confirmou-se pelo estudo quantitativo realizado. Considerámos existir relação entre o nível de escolaridade e a forma como o idoso percebe a sua saúde, bem-estar e qualidade de vida na instituição. Assim, pensámos que o nível de escolaridade contribuiu para melhorar a autopercepção da saúde e qualidade de vida dos idosos intervenientes no estudo.

Em ambos os contextos, a maioria da amostra era instruída e limitada ao ensino primário. Por isso, pensámos que a escolaridade foi um fator que melhorou a percepção dos idosos em relação à sua saúde e qualidade de vida.

Foi em contexto urbano, onde se verificou uma amostra mais instruída (Gráfico 4), com maior variação nos níveis de escolaridade e por sua vez, foi na amostra urbana onde obtivemos melhores resultados na autopercepção da saúde (Gráfico 9), em comparação ao contexto rural. Quanto à autopercepção dos idosos acerca da qualidade de vida na instituição, embora as percepções tenham sido positivas em ambos os contextos estudados, foi também na amostra urbana onde verificámos percepções mais satisfatórias, com 26.1% dos idosos a considerarem possuir uma qualidade de vida “Muito Boa” (Gráfico 33).

**Hipótese 4: O nível de escolaridade piora a autopercepção da saúde e da qualidade de vida nos idosos institucionalizados em contexto rural e urbano.**

Esta hipótese não se confirmou no estudo realizado. Não notámos que o nível de escolaridade tivesse contribuído para piorar a percepção da saúde e qualidade de vida, na amostra rural e urbana.

Em ambos os contextos, obtivemos percepções satisfatórias dos idosos em relação à sua saúde e qualidade de vida. Assim, tendo em conta a taxa de analfabetismo obtida em contexto rural (44.4%) e em contexto urbano (17.4%), e tendo sido mais acentuada em contexto rural, os idosos não perceberam pior a sua saúde e qualidade de vida.

**Hipótese 5: As estratégias desenvolvidas pelas instituições a partir das políticas de saúde apresentam reflexos semelhantes na qualidade de vida e preservação da saúde, tanto nos idosos institucionalizados em contexto rural, como nos idosos institucionalizados em contexto urbano.**

Esta hipótese não foi confirmada pelo estudo efetuado. Embora algumas das estratégias seguidas a partir das políticas de saúde sejam semelhantes nas instituições rural e urbana, repercutem-se de forma diferente na qualidade de vida e preservação

da saúde, apresentando reflexos mais positivos nos idosos urbanos em comparação aos idosos rurais.

Quanto à promoção da política de envelhecimento ativo, as instituições dos diferentes contextos rural e urbano, revelam práticas semelhantes, embora a instituição urbana desenvolva práticas mais estimulantes, por exemplo, ao nível da preservação da saúde física, com a promoção de atividades como aulas de piscina e a dança, desenvolvida através de ensaios e atuações do rancho folclórico criado na instituição.

O investimento das instituições de contexto rural e urbano em recursos humanos especializados (como Animadores, Educadores, Enfermeiros, ...) proporcionam aos idosos o desenvolvimento de diversas atividades, que acabam por influenciar positivamente na saúde e qualidade de vida. No estudo quantitativo realizado, verificámos através da manifestação da opinião da amostra rural e urbana, que as atividades promovidas diariamente pelos técnicos especializados, têm reflexos mais positivos para os idosos urbanos (95.7%) em comparação aos idosos rurais (88.9%) na qualidade de vida diária (Gráfico 21 e 22; Gráfico 23 e 24).

Quanto às práticas desenvolvidas a partir da política de adequação de cuidados às necessidades específicas dos idosos, mostraram ser semelhantes entre a instituição rural e urbana. Confirmámos que existe igual acesso a cuidados de saúde primários tanto em contexto rural, como em contexto urbano, embora haja maior acompanhamento médico na amostra urbana (Gráficos 34 – Acompanhamento Médico nos últimos 3 meses; Gráfico 36 – Realização de rastreios de saúde da amostra; Gráfico 38 – Conhecimento dos efeitos da medicação que a amostra administra). É igualmente prestado em ambos os contextos estudados, todo o tipo de auxílio face às necessidades que o idoso apresenta (Gráfico 39- Satisfação da amostra com o apoio dos colaboradores).

Relativamente à prática da política de promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência, em primeiro lugar, no que à segurança diz respeito, constatámos que é uma das necessidades diárias, na qual ambas as instituições têm uma forte aposta, na perspetiva do espaço físico das instituições se tornar facilitador

de autonomia e independência para a fácil mobilidade os idosos residentes, o que comprovamos pelos dados quantitativos, com a manifestação da totalidade da amostra rural (100%) e urbana (100%) a sentirem-se em segurança no seu dia a dia (Gráfico 40 – Sentimento de segurança no dia a dia da instituição). Quanto à mobilidade, em contexto urbano 57% da amostra caminha sem problemas e sem qualquer objeto de ajuda, enquanto em contexto rural, 56% dos idosos caminha com a ajuda de meios artificiais, sem vigilância de colaboradores (Gráfico 42 – Formas da amostra se movimentar). Em contexto rural, 44.4% da amostra precisa da bengala como objeto de ajuda para se movimentar no dia a dia, enquanto em contexto urbano, 60.9% da amostra não precisa de qualquer objeto de ajuda, o que nos permite concluir que a amostra urbana revela mais autonomia e independência no seu quotidiano (Gráfico 43 – Objetos de ajuda que a amostra precisa diariamente). Assim, concluímos que os idosos urbanos são mais autónomos e independentes, uma vez que os idosos rurais têm uma mobilidade mais condicionada, carecendo de objetos de ajuda para se movimentarem.

Também podemos verificar a prática e preocupação das instituições com esta política de saúde, através das ajudas técnicas e presença de alarme. Segundo a opinião da amostra (100%), é na instituição rural onde existe em todos os locais equipamento de ajuda para os idosos se movimentarem, em comparação ao contexto urbano (91.3%) (Gráfico 44 – Conhecimento da amostra sobre o equipamento de ajuda para se movimentar no espaço físico da instituição). Tanto em contexto rural (66.7%), como em contexto urbano (82.6%), a maioria dos idosos inquiridos, dizem saber da existência de alarme (Gráfico 45 – Conhecimento da existência de alarme), o que lhes garante uma enorme segurança, no caso de acontecerem situações de emergência. De acordo com os dados obtidos, os idosos urbanos parecem estar melhor informados sobre a sua segurança na instituição em comparação aos idosos rurais.

**Hipótese 6: As estratégias desenvolvidas pelas instituições a partir das políticas de saúde apresentam reflexos distintos na qualidade de vida e prevenção da saúde, tanto nos idosos institucionalizados em contexto rural, como nos idosos institucionalizados em contexto urbano.**

Esta hipótese confirmou-se no nosso estudo. Considerámos que as estratégias desenvolvidas a partir das políticas de saúde em ambos os contextos estudados apresentam reflexos distintos na qualidade de vida e prevenção da saúde, entre os idosos rurais e urbanos institucionalizados.

Quanto à promoção da política de envelhecimento ativo, as instituições estudadas nos diferentes contextos, revelaram algumas práticas semelhantes, embora a instituição urbana desenvolva práticas mais estimulantes para os idosos, como por exemplo, ao nível da preservação da saúde física, com a promoção de atividades como aulas de piscina e a dança, desenvolvida através de ensaios e atuações do rancho folclórico criado na instituição. Também as atividades promovidas diariamente por técnicos especializados das instituições, têm reflexos mais positivos para os idosos urbanos (95.7%) em comparação aos idosos rurais (88.9%), na qualidade de vida diária (Gráfico 21, 22, 23, 24).

Quanto às práticas desenvolvidas a partir da política de adequação de cuidados às necessidades específicas dos idosos, mostraram ser semelhantes entre a instituição rural e urbana. Confirmámos que existe acesso a cuidados de saúde primários tanto em contexto rural, como em contexto urbano, embora haja maior acompanhamento médico na amostra urbana (Gráficos 34 – Acompanhamento Médico nos últimos 3 meses; Gráfico 36 – Realização de rastreios de saúde da amostra; Gráfico 38 – Conhecimento dos efeitos da medicação que a amostra administra).

Relativamente à prática da política de promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência, concluímos que os idosos urbanos são mais autónomos e independentes, uma vez que os idosos rurais têm uma mobilidade mais condicionada, carecendo de objetos de ajuda para se movimentarem no espaço físico da instituição.

Por fim, relativamente à segurança, também são os idosos urbanos que parecem estar melhor informados acerca das condições de segurança na instituição, em comparação aos idosos rurais.

Por tudo isto, considerámos que a prática das políticas de saúde apresentam reflexos mais positivos na qualidade de vida e preservação da saúde da amostra urbana, em

comparação à amostra rural, sobretudo através do desenvolvimento de atividades aos mais diversos níveis diariamente, por técnicos especializados da instituição e no que diz respeito, ao melhor nível de autonomia e melhor acompanhamento da saúde dos idosos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Nos dois estudos que realizámos, foi nosso objetivo compreender como é que as estratégias desenvolvidas a partir das políticas de saúde se repercutiam na qualidade de vida e prevenção da doença dos idosos institucionalizados em contexto rural e urbano. Logo, considerámos existir uma repercussão positiva das políticas de saúde diariamente, na qualidade de vida e preservação da saúde dos idosos estudados.

A aplicação de ações previstas nas políticas nacionais de saúde para os idosos nas instituições gerontológicas, procuram sobretudo manter o idoso ativo e com autonomia na vida diária da instituição o maior tempo possível. Sabendo que o processo de envelhecimento implica alterações naturais, hoje em dia, o grande desafio das instituições é ajustar a prestação de cuidados de acordo com as necessidades e anseios dos clientes que acolhem, sobretudo porque essas necessidades não são as mesmas de outrora. Desta forma, é importante a atualização das instituições a nível de recursos humanos e materiais, para melhor se adaptarem a novas situações e prestarem cuidados com crescente qualidade.

O nosso estudo de caso comparativo não nos permite fazer generalizações, mas permitiu-nos responder à questão de partida. Assim, de acordo com os dois estudos realizados, concluímos que:

A aplicação das políticas de saúde estudadas é fundamental nas instituições gerontológicas dos diferentes contextos analisados, sobretudo através da promoção do envelhecimento ativo, dando particular atenção à preservação da saúde física, com o desenvolvimento de diversas atividades físicas, como a ginástica, as caminhadas, a dança e a natação. Também verificámos a existência de cuidados relativamente à alimentação e, no caso da saúde cognitiva, a aposta é feita no desenvolvimento de atividades de estimulação da memória. Na saúde social, o idoso continua a preservar relações familiares e de amizade que mantinha antes da institucionalização, através de visitas, passeios, convívio em dias festivos ou mesmo por motivos de saúde. Em ambos os contextos de institucionalização, os idosos, também por vontade própria e com o conhecimento das instituições, continuam em contacto permanente com a

comunidade envolvente, quer em pequenos passeios, em idas à missa, ou ao banco. É através do contributo dos técnicos especializados, com o desenvolvimento de atividades aos mais diversos níveis (cultural, educativo, ocupacional, informativo...), que é proporcionado aos idosos, um maior bem-estar e felicidade institucional, não só pelo convívio proporcionado entre os grupos de idosos ao desenvolverem atividades em conjunto, mas também porque as capacidades dos idosos são estimuladas e valorizadas. Assim, as estratégias desenvolvidas a partir das políticas de saúde favorecem a qualidade de vida e contribuem para a prevenção de doenças em ambos os contextos rural e urbano, verificando-se, no entanto, reflexos mais positivos em contexto urbano.

Em ambos os contextos, as instituições proporcionam o acesso à vigilância e prevenção da saúde, tal como o acesso a cuidados primários de saúde, dispondo de recursos humanos e materiais adequados às necessidades da população idosa que acolhem, embora a amostra urbana usufrua de acompanhamento médico com maior periodicidade. Também é promovida a autonomia e funcionalidade dos idosos no espaço físico das instituições estudadas, as quais dispõem de recursos e apoios necessários que permitem a mobilidade e segurança dos clientes no espaço físico das instituições, mas é em contexto urbano onde os idosos revelam ser mais autónomos e independentes, uma vez que em contexto rural, os idosos têm uma mobilidade mais condicionada, carecendo de objetos de ajuda para se movimentarem no dia a dia.

Ambas as instituições revelaram práticas ao nível da atividade física, embora na instituição urbana os idosos usufruam de um maior número de atividades que têm ao seu dispor diariamente, entre as quais podemos citar, as aulas de natação através de um protocolo com a Câmara Municipal, e a dança, promovida através de ensaios e atuações do rancho folclórico. No entanto, o número de idosos a participar é menor em relação ao contexto rural. Por sua vez, nos resultados quantitativos obtidos no segundo estudo, os idosos rurais revelaram participar em maior número nas atividades físicas disponíveis na instituição, que os idosos institucionalizados em contexto urbano. Os idosos rurais referiram praticar apenas, ginástica e caminhadas, que vão mais de encontro às suas necessidades diárias.

A reduzida amostra de idosos estudados, sendo muito homogênea em contexto rural e muito heterogênea em contexto urbano nos aspectos sociodemográficos, não nos permitiu chegar a conclusões generalizadas. Entretanto, conseguimos alcançar os objetivos propostos para esta investigação, sobretudo responder à nossa pergunta de partida, comparando contextos de institucionalização diferenciados.

Quanto às Diretoras Técnicas entrevistadas, ao avaliarmos as suas respostas, concluímos que têm uma função muito importante nos lares, uma vez que para além de conhecerem todas as histórias de vida e as necessidades dos idosos, também conhecem muito bem como deve ser desenvolvido o trabalho com este tipo de população, assim como o próprio processo de envelhecimento. Mas, é sempre necessária uma constante atualização de conhecimentos para que os serviços sejam prestados com crescente qualidade.

Concluímos que a prática das políticas de saúde no quotidiano dos idosos institucionalizados, é mais eficaz e revela resultados mais positivos, com a presença de diversos técnicos especializados nos lares. Verificámos que é notória a aposta das instituições nestes técnicos especializados diariamente. O investimento das instituições em recursos humanos, como Animadores e Educadores (entre outros), proporcionam aos idosos o desenvolvimento diário de diversas atividades, que influenciam positivamente na qualidade de vida e saúde. Portanto, confirmámos que as estratégias desenvolvidas a partir das políticas de saúde favorecem claramente a qualidade de vida e prevenção da doença, tanto dos idosos institucionalizados em contexto rural, como dos idosos institucionalizados em contexto urbano. Notámos que os lares estudados oferecem alguns serviços e rotinas semelhantes, como por exemplo: desenvolvem atividades de animação e ocupação muito idênticas; o acompanhamento é personalizado em diversas situações; a vigilância da saúde é permanente e existe igual acesso a cuidados de saúde primários; trata-se de instituições que permitem a autonomia e independência do idoso nos espaços físicos das instituições com segurança, dispondo de todos os tipos de apoios necessários no dia a dia. Em suma, são colocados em prática, diariamente, os aspectos fundamentais das políticas de saúde estudadas.

Percebemos pelas respostas das Diretoras Técnicas entrevistadas, que percebem o cotidiano dos idosos na instituição com qualidade de vida e saúde. Salientaram que têm tudo para que isso aconteça, uma vez que para essa qualidade de vida, em muito contribuem todos os técnicos que na instituição colaboram. Em ambos os contextos estudados, os idosos manifestaram na sua maioria, felicidade, bem-estar e satisfação com todos os cuidados prestados pelos lares, chegando a classificar a qualidade de vida nas instituições em ambos os contextos de “boa”, assim como os idosos urbanos perceberam a sua saúde de “razoável” (43.5%) e os idosos rurais classificaram a sua saúde como “boa” (33.3%) e “razoável” (33.3%).

Tanto os idosos institucionalizados em contexto rural, como os idosos institucionalizados em contexto urbano, partilham espaços semelhantes e cumprem algumas rotinas idênticas, estabelecidas pelas próprias instituições. Pensamos ter sido este, o principal motivo de verificarmos algumas práticas semelhantes no cotidiano dos idosos estudados em diferentes contextos de institucionalização, relativamente às estratégias que as instituições seguem para promover o envelhecimento ativo dos clientes. No entanto, a melhor aposta no envelhecimento ativo, verifica-se nas práticas desenvolvidas em contexto urbano.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: Psicossoma.
- Amendoeira, J. (s/data). *Políticas de saúde em Portugal e desigualdades*. Universidade Nova de Lisboa: Departamento de Sociologia.
- Antonini, T. ; Fesnterseifer, P. ; Stefanello, S. (2008). *Exercícios físicos na percepção dos idosos institucionalizados: um relato de investigação*. Universidade Sénior Contemporânea: Revista Transdisciplinar de Gerontologia, volume 1, nº 2.
- Bell, J. (2008). *Como realizar um projeto de investigação: Um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. Lisboa: Gradiva Editora.
- Campos, M. & Coelho, A. (2009). *Alimentação saudável para a pessoa idosa*. Brasília. Ministério da Saúde.
- Cancela, D. (2008). *O Processo de Envelhecimento*. Portal dos Psicólogos. Disponível em: [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Cedro, M. (2011). *Pesquisa Social e fontes orais: particularidades da entrevista como procedimento metodológico qualitativo*. Pelotas. Revista Perspectivas Sociais, ano 1, nº 1, pp. 125 – 135.
- CEDRU – Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano (2008). “ *Estudo de avaliação das necessidades dos seniores em Portugal*”. Fundação Aga Khan Portugal.
- Chizzotti, A. (2003). *A pesquisa qualitativa em Ciências Humanas e Sociais: evolução e desafios*. Braga: Universidade do Minho. Revista Portuguesa de Educação, 16 (2), pp. 221 – 236.
- Cordeiro, M. *et al* (1999). *O IDOSO – Problemas e Realidades*. Manual Sinais Vitais. Coimbra. FORMASAU – Formação e Saúde, Lda. 1ª Edição.

- Costa, M. & Barreto, S. (2003). *Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento*. Epidemiologia e Serviços de saúde. Volume 12, nº 4: 189-201.
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas*. Circular Normativa Nº 13/DGCG, disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Duarte & Paúl (2007). *Avaliação do ambiente institucional – Público e privado: Estudo comportamental dos idosos*. Universidade Sénior Contemporânea. Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Ano I, vol. I.
- Ferrão, J. (2000). *Relações entre mundo rural e mundo urbano – Evolução histórica, situação actual e pistas para o futuro*. Sociologia, Problemas e Práticas, nº 33, pp.45-54.
- Ferreira, A. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: A perspectiva do próprio e do seu cuidador*. Mestrado integrado em Psicologia: Universidade de Lisboa.
- Ferreira, M. (2007). *Transição á reforma, qualidade de vida e envelhecimento*. Universidade Sénior Contemporânea. Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Ano I, vol. I.
- Fernandes, A. et al (2010). *Estimulação da cognição em idosos residentes num Lar de idosos*. Universidade Sénior Contemporânea. Revista Transdisciplinar de Gerontologia: Volume III, Número 2, pp.81-90.
- Fernandes, A. et al (2012). *Sono e envelhecimento*. Vila Real. In X Jornadas de saúde mental no idoso: implicações da saúde mental no Envelhecimento ativo.
- Fonseca, A. M.; Paúl, C.; Martín, I. ; Amado, J. (2004). *Condição psicológica de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal: Um estudo de caso*. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

- Fonseca, A. (2005). *Envelhecimento e qualidade de vida em Portugal: algumas evidências e outras tantas inquietações*. Universidade Católica Portuguesa e Unifai: I Congresso internacional sobre envelhecimento e qualidade de vida.
- Fragoso, V. (2008). *Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado*. Revista IGT, v.5, nº 8, p. 51-61.
- Geib, et al (2003). *Sono e envelhecimento*. Revista Psiquiatr. RS, 25 (3): 453-465, Set/dez.
- Gomes, C. & Pinto, G. (2006). *O lazer na velhice: reflexão sobre as experiências de um grupo de idosos*. São Paulo. Revista Kairós, 9 (2), pp.113 – 133.
- Guedes, J. (2009). *A importância da intervenção social em idosos institucionalizados – Estratégias para a promoção de um envelhecimento bem-sucedido*. II Congresso Luso-Galaico em Gerontologia ISAVE.
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos*. Cadernos Socialgest, nº4.
- Leite, M. T.; Battisti I.D.E.; Berlezi, E.M.; Scheuer, A.I. (2008). *Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, Abril-Junho: 17 (2), 250 – 7.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa. Relógio D'Água Editores.
- Ministério da Saúde Brasileiro (1988). *Políticas de Saúde – Metodologia de Formulação*. Brasília: Departamento de Formulação de Políticas de Saúde.
- Miranda, F. (2011). *Investigação por questionário: Teoria e Prática*. Universidade de Lisboa: Instituto de Educação.
- Morais, A. & Neves, I. (2007). *Fazer uma investigação usando uma abordagem metodológica mista*. Universidade do Minho: Revista Portuguesa em Educação, 20 (2), pp. 75 – 104.
- Neves, E. & Domingues, C. (2007). *Manual de Metodologia da Pesquisa Científica*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos de Pessoal.

- Nogueira, M.; Silva, D.; Santos, J. (2006). *Actividade física habitual em idosos portugueses rurais e urbanos*. R. Brás. Ci e Mov. 14 (4): 23 -30. Universa Editora.
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com Saúde – Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. LISBOA – PORTO. LIDEL – Edições Técnicas.
- Paúl, C. (2002). *Bem-estar e satisfação de vida em idosos*. Departamento da Educação. Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social (p.29 – 33). Porto: Universidade Portucalense.
- Paúl, C. & Fonseca, A.M. (Coord.), (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Paula, R. (2008). *A construção identitária da pessoa idosa*. Revista Fórum Identidades, Ano 2, Volume3 – p.111-117.
- Pereira, A. C. (2010). *Percepção do idoso sobre o seu nível de qualidade de vida*. Universidade Sénior Contemporânea: Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Ano IV, volume 3, nº2.
- Pereira, F. (2008). *A importância da manutenção de relações familiares para o idoso institucionalizado*. Universidade Sénior Contemporânea: Revista Transdisciplinar de Gerontologia, volume 1, nº 2.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Prado, A. (2003). *Acessibilidade e Desenho Universal*. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- Prado, S. D. & Sayd, J. D. (2006). *A Gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político*. Ciência & Saúde Coletiva, 11 (2): 491 – 501.
- Rabelo, D. (2009). *Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção*. Revista de Ciências da Saúde. Patos de Minas: UNIPAM, (1): 56-68, nº1.

- Ribeiro, O. & Paúl, C. (Coord.), (2011). *Manual de Envelhecimento activo*. Lisboa-Porto. LIDEL – edições técnicas.
- Serapioni, M. (2000). *Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1): 187 – 192.
- Sequeira, A. & Silva, M.N. (2002). *O bem-estar da pessoa idosa em meio rural*. *Análise Psicológica*, 3 (20), pp.505 – 516.
- Sousa, L., Galante, H., Figueiredo, D. (2003). *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), pp. 364 – 371.
- Suassuna, L. (2008). *Pesquisa qualitativa em Educação e linguagem: histórico e validação do paradigma indiciário*. *PERSPECTIVA*, Florianópolis, v.26, nº1, pp. 341 – 377.
- Teixeira, P. (2006). *Envelhecimento passo a passo*. Portal dos Psicólogos. Disponível em: [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)
- Teixeira, S. (2007). *Lazer e tempo livre na Terceira Idade: potencialidades e limites no trabalho social com idosos*. São Paulo. *Revista Kairós*, 10 (2), pp. 169 – 188.
- Vianna, W. (2006). *O design da pesquisa qualitativa: questões a considerar*. Brasil: XIII SIM PEP – Bauru, SP.
- Watanabe, H. et al & Barroso, A. (Coord.). (2009). *Rede de atenção à pessoa idosa*. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta.

---

**ANEXOS**

## ANEXO 1- PEDIDO DE COLABORAÇÃO NO ESTUDO (INSTITUIÇÕES)

---



**À Direção do Centro Social e Paroquial do Romeu/Rio Tinto**

**Exmos. Senhores,**

Chamo-me Daniela Moreno, sou aluna de Mestrado em *CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – Especialização em Educação Social*, na Universidade Portucalense e gostaria de poder realizar o estudo de caso da minha Dissertação de Mestrado na vossa Instituição, sendo que todos os dados obtidos serão apenas usados para este fim (académico), garantindo o anonimato de todos os intervenientes.

Assim, a minha Dissertação tem como tema “ ***Políticas Nacionais de Saúde para os idosos – Análise de práticas institucionais em contexto rural e urbano***”, sendo orientada pelo Professor Doutor Arthur Moreira da Silva Neto e co-orientada pela Professora Doutora Luísa Reis Lima. Será feita a recolha de dados em duas Instituições com valência de Lar de idosos, uma localizada em meio rural e outra em meio urbano, sendo que os dados obtidos serão comparados na análise final que farei do estudo (meio rural vs meio urbano).

Mais informo, que para efetuar a recolha de dados, apenas será necessário que os idosos respondam a um pré-teste (Mini-Exame do Estado Mental - MEEM) e a um inquérito por questionário e o(a) Diretor (a) Técnico(a) responda a um inquérito por entrevista (gravada – apenas áudio), com questões acerca da forma como colocam em prática as principais políticas Nacionais de Saúde para os idosos ao nível institucional, tendo por base o “Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas”, elaborado e divulgado pela Direção Geral de Saúde (2004 – Circular Normativa Nº 13/DGCG).

Para vosso conhecimento, seguem abaixo os objetivos dos estudos, qualitativo e quantitativo, e a pergunta de partida:

**O objetivo geral para os dois estudos é:**

- ✓ *Perceber como é que as estratégias desenvolvidas a partir das políticas de saúde se repercutem na qualidade de vida e se atuam na prevenção de doenças nos idosos institucionalizados em contexto rural e urbano.*

**Como objetivo específico do primeiro estudo (estudo de caso qualitativo) pretendeu-se:**

- ✓ *Analisar e interpretar o discurso das Diretoras Técnicas acerca da forma como são colocadas em prática no quotidiano dos idosos institucionalizados as políticas de saúde e que estratégias são seguidas diariamente pelas instituições, que se aproximam ou se afastam, aos três pilares fundamentais do Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas (2004-2010).*

**Já os objetivos específicos do segundo estudo (estudo de caso quantitativo) foram os seguintes:**

- ✓ *Conhecer a perceção que os idosos institucionalizados têm da sua própria saúde, bem-estar e qualidade de vida, comparando aqueles que vivem institucionalizados em contexto rural com os que vivem em contexto urbano.*
- ✓ *Perceber de que forma a presença de colaboradores especializados nas Instituições, influenciam na qualidade de vida e no estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas.*

**A pergunta de partida para ambos os estudos, foi:**

- ✓ *As estratégias desenvolvidas pelas instituições a partir das políticas de saúde favorecem a qualidade de vida e a prevenção da doença, dos idosos institucionalizados em contexto rural e urbano?*

Ressalto ainda que eu, Daniela Moreno, responsável por esta investigação, estarei sempre disponível para qualquer esclarecimento que seja necessário em qualquer fase da pesquisa.

Refiro de novo, que o estudo a ser realizado, comparará as práticas desenvolvidas a partir das políticas de saúde em causa, nas instituições em contexto urbano versus práticas nas instituições em contexto rural. Informo também, caso o pretendam, que os nomes das instituições podem não ser divulgados, fica ao vosso critério.

O vosso consentimento é fundamental para a realização deste estudo.

Sem mais assunto de momento e grata pela atenção dispensada,

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos,

***Daniela Moreno***

## ANEXO 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO

---

### **Consentimento informado (idoso)**

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Daniela Moreno (Aluna de Mestrado na Universidade Portucalense), orientado pelo Professor Doutor Arthur Moreira Neto e pela Professora Doutora Luísa Reis Lima, no âmbito da sua Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação – Especialização em Educação Social.

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo, assim como também entendi os procedimentos que tenho que cumprir:

1. Responder a um pré-teste (para saber se tenho capacidade de responder a todas as questões).
2. Responder a um inquérito por questionário, onde me serão colocadas questões socio demográficas (que me descrevem, como o nível de escolaridade, a idade, o estado civil,...) e outras questões relacionadas com atuais políticas de saúde, onde terei de responder de acordo com o meu dia a dia.
3. Entendi que a minha participação neste estudo é voluntária e sem qualquer benefício ou prejuízo para mim.

Compreendi que toda a informação recolhida será analisada de forma confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em caso algum.

Também tenho conhecimento que Daniela Moreno, responsável por este estudo, estará sempre disponível para me dar qualquer esclarecimento que seja necessário.

Assinatura

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

## ANEXO 3- MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

---

### **Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)**

*(Adaptado de Folstein et al,1975)*

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) serve para avaliar o seu estado cognitivo.

O conteúdo do MEEM avalia os principais aspetos da sua situação cognitiva, como: a orientação temporal e espacial; a retenção; a atenção e o cálculo; a evocação (recordação) e a habilidade construtiva.

Todas as questões são realizadas pela ordem em que se encontram e recebem de imediato a pontuação de cada tarefa completada com sucesso. No final do exame todos os pontos serão somados e será assim determinado o seu estado cognitivo.

A pontuação do Mini Exame do Estado Mental pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo, até um total máximo de 30 pontos, o qual por sua vez, corresponde à melhor capacidade cognitiva.

Por último, informo que este Mini Exame serve como pré-teste do estudo a que me proponho realizar, intitulado *“Políticas Nacionais de Saúde para os idosos – análise de práticas institucionais em contexto rural e urbano”*, que irá determinar o número de idosos a participar no mesmo, sendo que um dos critérios de inclusão na amostra é ter competências cognitivas mínimas, para que seja possível responder às questões que lhe serão posteriormente colocadas no questionário para recolha de dados da minha Dissertação de Mestrado.

**Grata pela colaboração!**

***Daniela Moreno***

### ANEXO 3 – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL



#### Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

(Adaptado de Folstein et al, 1975)

Código da Instituição:<sup>1</sup>

Código do utente:<sup>2</sup>

#### NÍVEL COGNITIVO

##### ORIENTAÇÃO TEMPORAL E ESPACIAL (1 ponto para cada resposta correta)

Em que ano estamos?

Em que mês estamos?

Em que dia do mês estamos?

Em que dia da semana estamos?

Em que estação do ano estamos?

Em que país estamos?

Em que distrito vive?

Em que terra vive?

Em que sítio estamos?

Em que andar estamos?

##### RETENÇÃO (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

Vou dizer três palavras. Queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas.  
Procure ficar a sabê-las de cor.

Pera

Gato

Bola

<sup>1</sup> Código da instituição: Diz respeito às iniciais da designação de cada instituição.

<sup>2</sup> Código do utente: Diz respeito às iniciais do nome de cada utente.

**ATENÇÃO E CÁLCULO** (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Deve parar ao fim de 5 respostas).

Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3. Depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete o processo até eu lhe dizer para parar.

- 27
- 24
- 21
- 18
- 15

**EVOCAÇÃO** (1 ponto por cada resposta correta)

Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar.

- Pera
- Gato
- Bola

**LINGUAGEM** (1 ponto por cada resposta correta)

a. **Como se chama isto?**

Mostrar os objetos:

Relógio

Lápis

b. **Repita a frase que eu vou dizer:**

O RATO ROEU A ROLHA

c. **Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa (ou sobre a cama, conforme o caso). Dar a folha segurando com as duas mãos.**

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

- d. Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz. Mostrar o cartão com a frase bem legível: "FECHE OS OLHOS". Sendo analfabeto lê-se a frase.

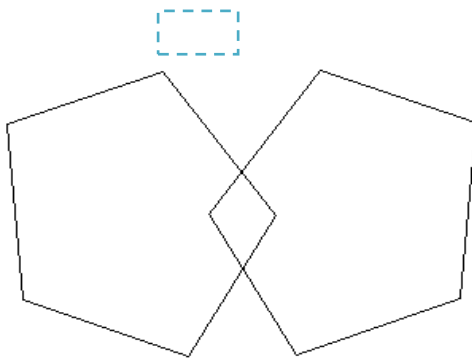
Fechou os olhos



- e. Escreva/ diga uma frase. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido. (Os erros gramaticais não prejudicam a pontuação).

**HABILIDADE CONSTRUTIVA** (1ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos. Cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia

TOTAL

(Máximo 30 pontos)

O utente:

	Sim	Não
Tem boa verbalização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demonstra um discurso com lucidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consegue exprimir necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Observações:**

As cotações do Mini Exame do Estado Mental, para considerarmos Défice Cognitivo Ligeiro, são:

**Analfabetos:** menor ou igual a 22

**1 a 11 anos de Escolaridade:** menor ou igual a 24

**11 anos de Escolaridade:** menor ou igual a 27

## ANEXO 4 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS IDOSOS

# QUESTIONÁRIO

O presente questionário serve como instrumento de recolha de dados para a minha Dissertação de Mestrado, intitulada: “Política Nacionais de Saúde para os idosos – análise das práticas institucionais em contexto rural e urbano”.

Responda às questões que lhe são colocadas, não havendo questões certas ou erradas, mas sim questões que vão de encontro ao que acontece ou não com o (a) senhor (a).

O seu anonimato será garantido ao longo de todo o questionário, pelo que o seu nome não poderá constar em nenhuma das páginas.

### 1: Perfil sociodemográfico e autoperceção da saúde

<b>1. Género</b>
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
<b>2. Idade</b>
<input type="checkbox"/> 65 – 69 anos <input type="checkbox"/> 70 – 74 anos <input type="checkbox"/> 75 – 79 anos <input type="checkbox"/> 80 – 84 anos <input type="checkbox"/> 85 – 89 anos <input type="checkbox"/> 90 ou mais anos
<b>3. Estado Civil</b>
<input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado (a)/União de Facto <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a)
<b>4. Escolaridade</b>

- Analfabeto
- Ensino Primário
- Ensino Secundário
- Ensino Superior

**5. Nasceu em meio rural (campo) ou urbano (cidade)?**

- Meio Urbano
- Meio Rural

**6. Qual foi a sua principal ocupação durante a maior parte da sua vida?**

- Agricultura
- Serviços Domésticos
- Comerciante
- Operário(a) Fabril
- Outra \_\_\_\_\_

**7. Há quanto tempo se encontra a viver neste lar?**

- 1 a 6 meses
- 7 a 12 meses
- 1 a 3 anos
- 4 a 6 anos
- 7 a 9 anos
- Mais de 9 anos

**8. Como avalia o (a) Sr. (a) a sua saúde em geral?**

- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Fraca

## 2: Promoção do envelhecimento ativo

<b>9. Possui atualmente algum problema de saúde?</b>
<input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe / Não respondeu
<b>10. Costuma praticar algum tipo de atividade física organizada pela instituição?</b>
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>10.1. Em que atividade física participa?</b> Apenas deve responder a esta questão se respondeu "Sim" na questão anterior.
<input type="checkbox"/> Caminhadas <input type="checkbox"/> Ginástica <input type="checkbox"/> Dança/Baile <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____
<b>11. Tem frequentemente queixas acerca da sua memória?</b>
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, mas sem importância <input type="checkbox"/> Sim, com alguma importância
<b>11.1 Esquece com frequência nomes de pessoas da família ou amigos?</b>
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> Sim, quase sempre
<b>11.2. A conversar costuma ter dificuldades em encontrar as palavras?</b>
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Algumas vezes

**12. Quantas horas, dorme em média, numa noite?**

- 3 a 5 horas  
 6 a 8 horas  
 9 a 12 horas  
 Outro: \_\_\_\_\_

**12.1. Está satisfeito com as horas de sono?**

- Sim  
 Não

**13. Qual o número de refeições que realiza por dia?**

- Duas a três refeições  
 Mais de três refeições  
 Outro: \_\_\_\_\_

**13.1. Na maioria das vezes, preocupa-se com a quantidade e qualidade dos alimentos que consome?**

- Sim  
 Não

**14. Quando são realizadas atividades lúdico-recreativas/ educativas nesta instituição, a sua reação é:**

- Prefiro ficar sentado e ver os outros fazer  
 Sou logo voluntário, gosto sempre de aprender coisas novas e sentir-me útil  
 Nunca gosto de participar em nada

**14.1. A presença de técnicos que promovem essas atividades lúdico-recreativas e educativas na instituição, contribui para melhorar a qualidade de vida do seu dia a dia?**

- Sim  
 Não

**15. Como é que o (a) senhor (a) ocupa o seu tempo na Instituição?**

- A ver Televisão
- A conversar
- A Ler (jornais, revistas, livros...)
- A fazer trabalhos manuais
- A praticar atividades físicas
- A participar nas atividades sócio recreativas (passeios, visitas, bailes, jogar às cartas, Dominó, etc.)
- Não faço nada
- Outras. Quais? \_\_\_\_\_

**16. Na sua opinião, o que faz uma pessoa ter um longo percurso de vida?**

- Alimentação adequada
- O destino
- A vida organizada
- O trabalho
- Sentir-se ocupado
- Os hábitos saudáveis
- Gostar de viver
- Outra: \_\_\_\_\_
- Não sabe/ Não respondeu

**17. Nos últimos meses tem-se sentido bem a maior parte do tempo?**

- Sim
- Não
- Não sabe/ Não respondeu

**18. Está satisfeito com todas as condições deste lar?**

- Sim
- Não

**18.1. Sente-se feliz a maior parte do tempo nesta instituição?**

- Sim. Porquê? \_\_\_\_\_
- Não. Porquê? \_\_\_\_\_

**19. Como avalia a sua qualidade de vida neste lar?**

- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Fraca

**3: Adequação de cuidados às necessidades específicas dos idosos**

**20. Nos últimos 3 meses teve alguma consulta médica?**

- Sim
- Não

**20.1. Quando tem consultas de rotina, ou por algum motivo adoecer e precisa de ir ao Médico, quem o (a) acompanha?**

- Um (a) auxiliar
- Um Familiar
- Vou sozinho(a)
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**21. Realiza frequentemente rastreios de saúde?**

- Sim
- Não

**22. Normalmente, precisa de ajuda para tomar os seus medicamentos?**

- Sim
- Não
- Não tomo medicamentos

**22.1. Quando lhe é dada a medicação, o (a) senhor (a) sabe sempre para que efeitos a toma? É-lhe explicado?**

Apenas deve responder a esta questão se respondeu “Sim” na questão anterior.

- Sim
- Não
- Às vezes

#### 4: Promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência

**23. Recebe dos colaboradores deste lar, todo o tipo de apoio que o (a) Senhor (a) precisa?**

- Sim
- Não
- Às vezes

**24. Sente-se em segurança no seu dia-a-dia?**

- Sim
- Não

**25. Precisa de ajuda diariamente (sentar, levantar, deitar, andar, subir escadas, etc.) para se movimentar?**

- Sim
- Não
- Às vezes

**26. Para o (a) senhor (a) se movimentar:**

- Caminha sem problemas
- Caminha com ajuda de meios artificiais, sem vigilância de colaboradores
- Caminha com ajuda de meios artificiais, sob vigilância de colaboradores

**27. De que objetos de ajuda precisa diariamente?**

- Nenhum
- Muletas
- Bengala
- Andarilho
- Cadeira de Rodas
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**28. Os locais do lar que utiliza diariamente (casa de banho, quarto, corredor, sala de convívio...), têm equipamento de ajuda para se movimentar?**

- Sim, em todos os locais
- Sim, mas apenas em alguns locais
- Não

**29. Sabe se este lar possui alarme, caso ocorra algum problema interno?**

- Sim
- Não
- Não sabe/ Não respondeu

**Obrigado pela sua colaboração!**

## ANEXO 5 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**Duração da entrevista:** \_\_\_\_\_

**Local da entrevista:** \_\_\_\_\_

**Elementos Presentes:** \_\_\_\_\_

**Área de Formação do(a) Director (a) Técnico(a):** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Género:** Feminino ( ) Masculino ( )

**Tempo de trabalho na instituição (anos, meses, ...):** \_\_\_\_\_

**Equipa Técnica da Instituição:** \_\_\_\_\_

**E:** Entrevistadora

- 1. E:** Que balanço faz da experiência de trabalhar com idosos?
- 2. E:** Os clientes da Instituição provêm na sua maioria, de meio rural ou de meio urbano? **E:** São idosos que já se conheciam ou foi na instituição que se conheceram? Trata-se de um grupo muito heterogéneo?
- 3. E:** De um modo geral, como classifica a saúde dos utentes da instituição?
- 4. E:** A Direção Geral de Saúde aposta cada vez mais na manutenção de um **envelhecimento ativo** como uma fundamental política de saúde a aplicar aos idosos. Nesta instituição existe a preocupação com a manutenção de um envelhecimento ativo? Como procedem?
- 5. E:** Embora vivendo na Instituição, estes utentes continuam a ter contacto permanente com o exterior da instituição/ a comunidade envolvente? Com que frequência estes idosos vêem ou estão com a família?
- 6. E:** Que técnicos especializados existem na instituição, que permite a participação dos idosos em atividades lúdico-recreativas e educativas? Descreva algumas dessas atividades. Com que frequência este tipo de atividades são realizadas?
- 7. E:** Considera que a participação dos idosos neste tipo de atividades e a presença na instituição de técnicos especializados nas diversas áreas, (como os Gerontólogos, Enfermeiros, Animadores, Educadores Sociais, Assistentes Sociais...), contribui para melhorar a qualidade de vida de cada idoso, tendo

- desta forma o acesso a todos os tipos de cuidados/assistência/lazer?  
Fundamente a sua resposta.
8. *E: Uma outra política divulgada pela Direção Geral de Saúde, no Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas, diz respeito à **adequação de cuidados às necessidades específicas de cada idoso**. É objetivo desta instituição, fazer uma intervenção centrada nas necessidades de cada idoso? E: Como fazem o diagnóstico das necessidades específicas de cada utente (alimentação, periodicidade de rastreios de saúde, cuidado pessoal, atividades de lazer, atividades educativas...)?*
9. *E: No caso de um utente precisar de ir ao médico, mesmo para uma consulta de rotina, por quem são normalmente acompanhados nessa ida?*
10. *E: Com que periodicidade são realizados rastreios de saúde aos utentes?*
11. *E: Relativamente à toma de medicação dos utentes, por quem é dada diariamente? Existem idosos que organizam e tomam a sua medicação, sem a ajuda de terceiros (Enfermeiro, auxiliares, ...)?*
12. *E: Por último, no Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas, foi divulgado pela Direção Geral de Saúde, a política de **promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência**. Que estruturas arquitetónicas existem na instituição que permitem facilitar a funcionalidade do idoso?*
- 14.1. *E: Ainda existem actualmente na vossa Instituição, algumas barreiras arquitetónicas que possam dificultar a funcionalidade do idoso e o acesso a determinados locais?*
13. *E: Vulgarmente, em diversos lares de acolhimento a idosos, preocupam-se muito mais com atividades de rotina diária (higiene, alimentação, limpezas...) e não tanto em promover a autonomia, em estimularem as pessoas a andar, a saírem, a conviver, a divertirem-se, enfim... a sentirem-se ativas no seu dia-a-dia. Qual é a sua opinião, de acordo com o quotidiano desta instituição? Acha que a felicidade de cada utente apenas depende da satisfação das necessidades básicas?*
14. *E: O conceito de saúde é considerado pela Organização Mundial de Saúde como "o completo bem-estar físico, mental e social". Na sua opinião, através da*

*prática das políticas de saúde referidas em questões anteriores, é possível perceber a vida de cada idoso com saúde e qualidade de vida no seu dia a dia na instituição? Fundamente a sua resposta.*

**Grata pela sua colaboração!**