

INVESTIMENTO PESSOAL E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL:

ESTUDO DOS NÍVEIS E DOS DETERMINANTES NUM GRUPO DE IDOSOS

PERSONAL INVESTMENT AND FUNCTIONAL INDEPENDENCE:

STUDY OF LEVELS AND DETERMINANTS IN A GROUP OF ELDERLY PEOPLE

ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO
MOGADOURO

Cristiana Fermento

PROFESSORA COORDENADORA DA ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
E.MAIL: rmartins.viseu2gmail.com

Rosa Martins

EQUIPARADA A PROFESSORA ADJUNTA DA ESCOLA
SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Sofia Campos

RESUMO

Enquadramento:

O envelhecimento populacional é encarado como uma conquista da sociedade atual e constitui simultaneamente um desafio no sentido de se conseguir que este envelhecimento seja ativo, bem-sucedido e com qualidade de vida.

O investimento na vida pessoal (IVP) realizado pelos idosos de forma a obter a melhor qualidade de vida bem como a manutenção da sua independência funcional são indicadores importantíssimos que urge ser estudados.

INTRODUÇÃO

Atualmente os países da União Europeia (UE), incluindo Portugal, enfrentam um dos mais importantes desafios económicos, financeiros e principalmente social: o envelhecimento da população. Para Andrade e Martins (2011) o aumento da longevidade constitui um novo desafio para as sociedades, gestores de saúde, pesquisadores e para toda a população que envelhece no mundo. Também a Direção Geral da Saúde (DGS 2013, com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, tem alertado todos os profissionais da saúde no sentido de estarem despertos no desempenho das suas funções, as quais devem visar a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas (65 ou mais anos de idade), prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida.

Para Drago e Martins (2012) a capacidade que o idoso tem de permanecer independente é condicionada por vários fatores como: a constituição genética, os hábitos e estilos de vida, o meio ambiente, o contexto socioeconómico e cultural, o investimento realizado na vida pessoal bem como ter nascido numa sociedade mais ou menos desenvolvida e num contexto familiar com maior ou menor poder económico. Por outro lado o aumento da população idosa juntamente com as mudanças ocorridas na nossa sociedade tais como o

Objetivos:

Avaliar a percepção dos idosos sobre o investimento na vida pessoal e independência funcional e analisar associações entre estas variáveis e as de caráter sociodemográfico, clínico e psicossocial.

Material e Métodos:

Estudo de cariz descritivo, transversal, analítico-correlacional e de natureza quantitativa, realizado numa amostra não probabilística por conveniência constituída por 103 idosos numa Santa Casa da Misericórdia do norte do distrito de Viseu.

O instrumento de colheita de dados integrava questões de caracterização sociodemográfica; clínica e psicossocial, o Índice de Barthel; e uma Escala de Investimento na vida Pessoal adaptada e validada para a população portuguesa por Santos & Martins (2015)

Resultados:

O IVP percecionado pelos idosos mostra que este foi elevado para 13,6%, moderado para 75,7% e baixo para 10,7%.

Os níveis de independência funcional eram variáveis sendo que 40,8% dos idosos eram independentes, 29,1% ligeiramente dependentes, 10,7% moderadamente dependentes, 5,8% severamente dependentes e 13,6% totalmente dependentes. Verificámos ainda que o IVP era superior nos idosos: dos que residiam no domicílio/centro dia ($p=0,013$) praticavam exercício físico ($p=0,001$) e percecionavam famílias altamente funcionais ($p=0,006$).

Já a independência funcional apenas se relacionou de forma significativa com o género sendo os homens os mais independentes ($p=0,001$).

Conclusões

Apesar dos níveis de IVP e independência funcional dos idosos apresentarem valores bastante positivos, estes podem ser ainda melhorados através da implementação de estratégias de intervenção que estimulem maior investimento e promovam uma melhor independência funcional no sentido da prossecução de um envelhecimento ativo e bem sucedido.

aumento da participação das mulheres no mundo do trabalho, a fragilidade dos laços familiares e a diminuição da solidariedade entre gerações desencadearam o processo de institucionalização do idoso. Fatores como o isolamento, a solidão, a precaridade das condições económicas e habitacionais, a dependência física e o agravamento do estado de saúde contribuíram igualmente para que a institucionalização fosse a única solução para muitos idosos.

A institucionalização dos idosos, que é por vezes um *tabu*, torna-se uma problemática social e familiar, uma vez que é uma questão de difícil gestão porque, associada a institucionalização do idoso, surgem por vezes tensões familiares, sentimentos de culpa partilhados pela família e, frequentemente, abandono, isolamento e dificuldades na adaptação do idoso à instituição (Carvalho & Dias, 2011). Face ao exposto estabelecemos como objetivo geral do estudo identificar a percepção dos idosos sobre o seu investimento na vida pessoal e avaliar níveis de independência funcional; num segundo momento procurámos analisar associações existentes entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e de contexto com o investimento pessoal e a independência funcional.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2013) tem divulgado dados demográficos reveladores da tendência de envelhecimento em Portugal. Entre 2008 e 2013 a proporção de pessoas idosas aumentou 1,9 por pessoa, situando-se em 19,9%. Consequentemente, o índice de envelhecimento, que traduz o número de pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos, passou de 116 para 136 pessoas idosas por cada 100 jovens. Entre os anos de 2008 e 2013, o índice de dependência total (número de menores de 15 anos e de pessoas com 65 anos por cada 100 pessoas em idade ativa) aumentou de 50 para 53 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, tendência transversal a todas as regiões do país, sobretudo pela influência do aumento do índice de dependência de idosos, índice que traduz o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos), de 26,8% em 2008 para 29,9% em 2013. As projeções apresentadas pelo mesmo organismo preveem um decréscimo populacional e um forte envelhecimento demográfico da população residente em Portugal entre os anos de 2013 e 2060, em que a idade média da população poderá aumentar de 43 para 51 anos e o índice de envelhecimento da população de 136 para 307 idosos para cada 100 jovens.

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

1.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO EM PORTUGAL

Os dados demográficos referidos anteriormente têm sido responsáveis pela institucionalização de muitos idosos, facto que, segundo vários autores, nem sempre é bem aceite. De acordo com Paulos (2010), o processo de institucionalização, simbolizado pela saída do idoso da casa onde sempre residiu, comporta um conjunto de etapas tais como a decisão relativa a institucionalização, a escolha da instituição e a adaptação/integração a essa mesma instituição e pode ser um processo longo ou curto. Para Gonçalves (2015) os principais motivos da institucionalização são: o progressivo envelhecimento da população, em conjunto com as alterações na estrutura familiar, a mobilidade geográfica, a degradação das condições habitacionais, a degradação das condições de saúde e a insuficiência de serviços de proximidade. Oliveira (2012) acrescenta a solidão e o isolamento e a insuficiência na gestão das necessidades diárias e impossibilidade da família prestar os cuidados necessários.

1.2 (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

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

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

PALAVRAS-CHAVE:

INVESTIMENTO NA VIDA PESSOAL,
INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL,
ENVELHECIMENTO ATIVO, IDOSOS.

ABSTRACT

Background:

Population aging is seen as a conquest of today's society and is simultaneously a challenge in order to make this aging successful and quality of life. The investment in the personal life (IVP) carried out by the elderly in order to obtain the best quality of life as well as the maintenance of their functional independence are important indicators that need to be studied.

Objectives:

To evaluate the perception of the elderly about the investment in personal life and functional independence and to analyze associations between these variables and those of socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics.

Material and Methods:

A descriptive, cross-sectional, analytical-correlational and quantitative study carried out on a non-probabilistic sample for the convenience of 103 elderly people from a Santa Casa da Misericórdia in the northern district of Viseu. The data collection instrument integrated sociodemographic characterization issues; Clinical and psychosocial, the Barthel Index; and an Investment Scale in personal life adapted and validated for the Portuguese population by Santos & Martins (2015)

Results:

The IVP perceived by the elderly showed that it was elevated to 13.6%, moderate to 75.7%, and low to 10.7%. Functional independence levels were variable, and 40.8% of the elderly were independent, 29.1% slightly dependent, 10.7% moderately dependent, 5.8% severely dependent and 13.6% totally dependent. We also verified that

the IVP was superior in the elderly: they lived in the domicile / day center ($p = 0.013$), practiced physical exercise ($p = 0.001$) and perceived highly functional families ($p = 0.006$). Functional independence only related with men being the most independent ($p = 0.001$).

Conclusions

Although the levels of IVP and functional independence of the elderly present fairly positive values, these can be further improved through the implementation of intervention strategies that stimulate greater investment and promote better functional independence in the pursuit of active and successful aging.

KEY WORDS:

INVESTMENT IN PERSONAL LIFE, FUNCTIONAL INDEPENDENCE, ACTIVE AGING, ELDERLY

dependência. Para Drago e Martins (2012) autonomia corresponde ao comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor das suas próprias leis e do sistema de valores adotado para gerir a sua conduta e presidir às suas atitudes. A perda de autonomia é um dos fenómenos que maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma, especialmente a nível psicológico.

Os conceitos de independência e dependência são por vezes complexos e difíceis de operacionalizar. Este conceito surge como uma construção social que tem vindo a sustentar as medidas de proteção social às pessoas que necessitam de ajuda nas atividades de vida diária para a satisfação das suas necessidades básicas (Quaresma, 2004). A capacidade funcional caracteriza-se pela capacidade que o idoso tem em manter uma vida independente e autónoma. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) considerou que podem ser definidas três subdimensões que são fundamentais para a independência e autonomia: as “Atividades Básicas de Vida Diária (AVD’s)”, que avaliam as funções de sobrevivência como o alimentar-se, higienizar-se, vestir-se, transferir-se e o controlo de esfíncteres; as “Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD’s)” englobam problemas mais complexos da vida quotidiana tais como gerir o dinheiro, realizar compras, utilizar telefone, sair só, etc. Por último as “Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD’s)” incluem atividades ocupacionais, recreativas e voluntárias sociais. Apesar das preocupações não tem existido consenso em termos de medição do significado de dependência. As escalas de avaliação disponíveis são todas guiadas por uma perspetiva funcionalista. De forma a uniformizar a informação em relação à avaliação funcional dos idosos, utilizam-se os instrumentos de avaliação funcional baseados nas AVD’s do idoso tais como: Escala de Katz, Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB), Escala de Barthel, Escala de Lawton e Brody, etc.

1.3 FUNCIONALIDADE FAMILIAR

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, que se depara com novos desafios em termos sociais, económicos e sanitários, também as famílias têm vindo a sofrer importantes transformações, mantendo-se porém a importância fundamental no processo de cuidar dos seus membros. A escala de Apgar Familiar é um instrumento que permite mensurar a satisfação relativamente à assistência prestada pelos membros da família ao idoso avaliando assim a funcionalidade familiar. A maneira como os membros da família interagem entre si leva a que se possa avaliar se a família é funcional,

moderadamente funcional ou disfuncional. As famílias são consideradas funcionais ou maduras quando respondem com estabilidade emocional às situações críticas e aos conflitos, havendo harmonia no convívio entre os membros da família. Estão comprometidos entre si e unem-nos laços de carinho e responsabilidade, e as suas relações são baseadas em compreensão e respeito (Andrade & Martins, 2011).

Nas famílias disfuncionais ou chamadas imaturas, há um individualismo onde os interesses individuais são priorizados. Os vínculos são superficiais e a hostilidade e agressividade são comuns, e em situações de crise culpam-se uns aos outros (Souza et al, 2014). As famílias moderadamente funcionais são aquelas que se situam numa posição intermédia deste continuum, sendo capazes de atender, satisfatoriamente, as necessidades de cuidados aos seus membros.

1.4 INVESTIMENTO NA VIDA PESSOAL ENVELHECIMENTO ATIVO

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

Como indicadores de um envelhecimento satisfatório e de uma boa qualidade de vida (QV) na velhice temos a capacidade de manter ou restabelecer o bem-estar subjetivo em uma situação que provoca limitações ou perda de capacidades, estar satisfeito com a vida atual, ter expectativas positivas em relação ao futuro, investir no alcance de metas significativas e manter um senso de significado pessoal, ou seja um bom investimento na vida pessoal. Uma atitude proactiva perante a vida e as circunstâncias que a rodeiam com estabelecimento de metas é assumida como forma de investimento na vida pessoal. Trata-se de um constructo que resulta da soma dos investimentos nos muitos domínios importantes da vida (saúde, funcionamento intelectual, passatempo e interesses, relação com amigos e conhecidos, sexualidade, bem-estar da sua família, independência, vida como um todo e a morte e o morrer) e constitui um indicador fundamental no investimento relatado pelos indivíduos nas suas vidas como um todo.

De facto, à medida que são experienciadas situações de sucesso e de fracasso, os indivíduos fazem uso das suas capacidades de reserva, enfrentamento e de adaptação para conseguirem lidar com a diminuição de recursos e as perdas inerentes ao processo de envelhecimento, seleccionando os domínios e as prioridades da vida nos quais serão

feitos maiores investimentos pessoais em termos de pensamento, tempo e ação, quer mesmo abandonando, substituindo ou recuperando metas e projetos pessoais.

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

2-MATERIAL E MÉTODOS

Optámos pelo método de investigação quantitativo, num desenho de estudo descritivo, transversal, analítico e correlacional. Utilizou-se uma amostra do tipo não probabilístico por conveniência, constituída por 103 pessoas idosas de diversas valências (institucionalizados, centros dia e domiciliados com apoio) duma Santa Casa da Misericórdia do norte do distrito de Viseu. Os critérios de seleção estabelecidos foram: possuir idade igual ou superior a 65 anos; apresentarem capacidade de resposta verbal e orientação no espaço e no tempo; aceitar participar no estudo e assinar o consentimento (o próprio ou o seu representante legal, quando necessário), depois de devidamente informados sobre o estudo. O questionário foi construído e adaptado aos objetivos do estudo, estando organizado em cinco secções: a primeira caracterizava a amostra em termos sociodemográficos; a segunda era composta por variáveis contextuais; a terceira avaliava a funcionalidade familiar, através da aplicação da escala de Apgar; a quarta secção destinou-se à mensuração da independência funcional dos idosos, através da aplicação da Escala de Barthel; a quinta e última secção destinou-se à mensuração do investimento pessoal pelos idosos recorrendo-se ao uso da Escala de Investimento na vida Pessoal. Esta última escala é constituída por 9 itens, para os quais são oferecidas cinco alternativas de resposta: “muito pouco”, “pouco”, “mais ou menos”, “muito” e “muitíssimo”. Cada uma é cotada de 1 a 5, respetivamente. O resultado final é o somatório das cotações de cada resposta e varia entre o mínimo de 9 e o máximo de 45. Quanto maior for a pontuação total, maior será o nível de investimento na vida pessoal.

Todos os procedimentos foram efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, (com autorizações por parte dos Provedores e Diretores das Instituições e respetivas Comissões de Ética), garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Após terminar a colheita de dados, efetuou-se uma primeira análise à base de dados onde irão

ser inseridos os questionários, com o objetivo de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos. O tratamento estatístico dos dados foi realizado no Statistical Package for the Social Sciences, versão 20 para Windows. Para caracterizar a amostra recorremos a medidas de tendência central tais como: a média amostral; as medidas de dispersão como o coeficiente de variação (CV) e o desvio padrão (Dp); as medidas de assimetria e o achatamento conforme as variáveis em estudo. Na inferência estatística e devido à natureza das variáveis em estudo aplicaram-se testes não paramétricos, nomeadamente: Teste de Qui-Quadrado (X²), Teste U-Mann Whitney, Teste Kruskal-Wallis e Teste de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5%, como tal, sempre que o valor de prova seja inferior à significância, valida-se estatisticamente a hipótese formulada.

3-RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 103 indivíduos, dos quais 56 são do género feminino e os restantes 47 do masculino. A maioria dos inquiridos (53,4%) são viúvos, 34% são casados, cerca de 11% solteiros e os restantes são divorciados ou separados. A idade dos inquiridos varia entre 65 e 100 anos, sendo a idade média 83,17 anos e o desvio padrão 6,70 anos. O coeficiente de variação obtido foi de 8,06%, o que traduz uma dispersão baixa em torno da média. Concluimos ainda que a distribuição das idades é simétrica pois a assimetria (Sk) e o achatamento (K) estão compreendidos entre -2 e 2.

Relativamente a uma situação residencial constatamos que a maioria dos inquiridos (N=70, 68%) está institucionalizada, 29,1% reside no domicílio com apoio domiciliário e os restantes (N=3) estão em centros de dia. No que diz respeito ao período de institucionalização, obteve-se uma variação oscilatória entre 1 mês e 30 anos, sendo a média 3,7 anos e o desvio padrão 5,3 anos.

Quanto a situação de saúde verificámos algumas fragilidades uma vez que a grande maioria dos inquiridos sofre de alguma doença (85,4%), e apenas 14,6% diz não sofrer. As patologias que predominam são as doenças dos sistemas músculo-esquelético, cardiovascular e neurológico.

As práticas de atividade física regular são mencionadas por cerca de 61% dos inquiridos, que privilegiam essencialmente as caminhadas. Apenas um inquirido refere a ginástica como opção e os restantes 38,8% não realizam nenhum tipo de atividade.

A maioria dos utentes são independentes nas AVD's excetuando-se a higiene, onde apenas 44,7% e

34% se posicionam respetivamente nas duas avaliações. A atividade da vida diária com maior grau de independência é a alimentação

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

Assim, no momento de admissão a maioria dos inquiridos (51,5%) era independente, cerca de 19% eram ligeiramente dependentes, 9% moderadamente independentes, 7% severamente dependentes e havia 13,6% (n=14) totalmente dependentes. Na avaliação feita aquando da recolha de dados, a percentagem de independentes baixou cerca de 10% face ao momento de admissão, tendo aumentado, em cerca de 10,0 %, os ligeiramente dependentes. De notar que o número de totalmente independentes manteve-se constante entre o momento de admissão e o momento de recolha de dados.

Verificámos também que 48,5% (n=50) da amostra percecionava a família como sendo altamente funcional, 38,8% (n=40) atribui uma disfunção leve e os restantes 12,6% (n=13) considera ter uma família disfuncional.

Centrando-nos nas respostas da escala de investimento pessoal, verificamos que a maioria adota uma posição neutra (mais ou menos) a tender para a positividade. Excetua-se ao que fica dito a questão relativa à sexualidade onde a maioria (56,3%) considera ter investido muito pouco. Em sentido oposto estão os investimentos no bem-estar da família, independência, vida como um todo e morte e morrer, na qual se obtiveram mais de 50% de respostas nos itens muito ou muitíssimo investimento. Em termos classificativos constatamos que a maioria dos idosos (75,7%) sente ter tido um investimento moderado, 13,6% elevado e 10,7% baixo investimento

Para testar a variável género no investimento na vida pessoal dos idosos recorremos ao teste Qui-quadrado, o valor de prova obtido é superior a 5% pelo que o género e o investimento na vida pessoal não estão associados de forma estatisticamente significativa. Nos vários cruzamentos entre o sexo e a independência funcional, a estatística do teste e o valor de prova associado ao teste qui-quadrado é inferior a 5% pelo que as variáveis em causa estão associadas de forma estatisticamente significativa, constatando-se assim que os homens são mais independentes do que as mulheres, pois os

dados observados são claramente superiores aos esperados.

Recorremos ao teste exato de Fisher para testar as variáveis idade e investimento pessoal, o valor de prova obtido é superior a 5% pelo que as variáveis em causa não estão associadas de forma estatística. Os resultados do teste de associação de Fisher para avaliar a dependência da idade e da independência funcional obteve um valor de prova de $0,921 > 5\%$ pelo que as variáveis em causa são independentes.

Do cruzamento entre o estado civil e o investimento na vida pessoal, assim como os resultados associados ao teste de Fisher, o valor de prova obtido é inferior a 5%, a associação entre estas variáveis é estatisticamente significativa. Já as variáveis estado civil e independência funcional dos idosos são estatisticamente independentes pois o valor de prova obtido no teste de Fisher é superior a 5%.

As variáveis local de residência e investimento na vida pessoal estão associadas de forma estatisticamente significativas ($p = 0,013$). Valida-se então a hipótese formulada, e destacamos que os idosos que residem no seu domicílio com apoio ou em centros de dia apresentam ordem média claramente superior à dos idosos institucionalizados.

O valor de prova obtido do cruzamento das variáveis instituição e independência funcional dos idosos é inferior a 5% pelo que as variáveis estão associadas de forma estatisticamente significativa. Os idosos com dependência moderada a severa são em menor número que o esperado, sendo a diferença compensada na categoria moderadamente dependente com número observado superior ao esperado.

No teste de Mann-Whitney, usado para comparar o investimento na vida pessoal entre os idosos com e sem patologias associada, o valor de prova obtido é superior a 5% pelo que não há diferenças entre os dois grupos.

As patologias também não estão associadas à independência funcional dos idosos de forma estatisticamente significativa ($p = 0,115$) mas sim ao IVP ($p = 0,037$). A independência funcional dos idosos está associada de forma estatisticamente significativa com a prática de exercício físico ($p = 0,027$)

A funcionalidade familiar dos idosos está associada de forma estatisticamente significativa com o investimento na vida pessoal ($p = 0,006$), sendo os idosos com famílias altamente funcionais os que apresentam maior IVP, comparativamente aos idosos com famílias disfuncionais.

A funcionalidade familiar não está associada à independência funcional dos idosos, pois o valor de prova obtido no teste Kruskal-Wallis é $0,429 > 5\%$.

4-DISCUSSÃO

A nossa amostra foi constituída por um total de 103 indivíduos com 65 ou mais anos, ou seja idosos que se encontravam institucionalizado, ou em regime de centro de dia ou apoio domiciliário. Existe um predomínio de indivíduos do sexo feminino, 54,4%, relativamente a 45,6% de indivíduos do sexo masculino. A feminização do envelhecimento demográfico é uma realidade traduzida nos dados do INE (2013). Também Martins (2006) na sua tese de doutoramento “Qualidade de Vida dos Idosos da Região de Viseu” corrobora esta predominância do sexo feminino (56,8%) na população idosa.

As idades da amostra variam entre os 65 e os 100 anos, com uma média de idade de 83,17 anos o que também reforça o crescimento da quarta idade destacada nos dados demográficos do País. Vimos ainda que a maioria dos sujeitos são viúvos (53,4%). A situação residencial da nossa amostra traduz a tendência para a institucionalização dos idosos, visto que 68% da nossa amostra está institucionalizada, 29,1% encontra-se no seu domicílio e 2,9% encontra-se em regime de centro de dia. O tempo de institucionalização em média é de 3,7 anos, dados semelhantes aos apresentados por Rodrigues & Martins (2015) onde a maioria dos idosos se encontrava institucionalizada há mais de 4 anos (50%) e 28,6% entre 2 e 4 anos.

A grande maioria dos idosos (85,4%) afirma sofrer de alguma patologia ao invés de 14,6% que não sofre. Estes dados estão em sintonia com o estudo de Gonçalves (2015), no qual 93,0% dos idosos referiram sofrer de alguma patologia. Em 2004, a DGS relatava que a população idosa portuguesa, sobretudo os que tinham mais de 75 anos (situação similar aos indivíduos da nossa amostra), considerava a sua saúde como má ou muito má, refletindo-se esta perceção na procura dos cuidados de saúde. As doenças que predominam no grupo são as do sistema músculo-esquelético (25,0%), cardiovascular (23,9%) e neurológicas (21,6%).

Contrariamente ao expectável (considerando a média elevada de idades), os idosos da nossa amostra têm um nível de atividade física elevada, uma vez que 61,2% realiza atividade física, onde a caminhada surge como atividade principal (60,2%). Apenas 38,8% dos idosos questionados respondeu não realizar qualquer tipo de atividade física. Estes dados contrariam os obtidos por Silva (2011) uma vez que a sua amostra tinha um nível de atividade física habitual relativamente baixa (38,46%). A avaliação da independência dos idosos nas AVD's é feita na Instituição (e de forma obrigatória) através do índice Barthel: pudemos reunir

e confrontar os dados relativos ao momento da admissão dos idosos e no momento da recolha de dados para este estudo. Verificamos que quase metade dos idosos são independentes em todas as AVD's (40,8%, no momento da recolha de dados), o que vem contrariar os dados de Freire Júnior & Tavares (2006) que nos dizem que em idades avançadas (relembramos que no nosso caso a média de idades é de 83,17 anos) acentuam-se as limitações levando a uma maior dependência nas AVD's. Verificamos uma ligeira diminuição da independência funcional do primeiro para o segundo momento de avaliação no desempenho das AVD's, sendo o maior decréscimo (10,0%) registado na higiene. Corroboramos Rodrigues & Martins (2015) ao afirmarem que nas instituições de longa permanência a dependência física é muitas vezes estimulada pelos próprios colaboradores que preferem ajudar os idosos nas suas AVD's quando eles apresentam alguma inabilidade para executar determinada tarefa embora não sejam incapazes de fazê-la. A independência da maioria da nossa amostra corrobora o referido por Martins (2006), ao defender que os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia não surgem como os principais fatores apontados pelos idosos para a decisão do internamento, mas sim o isolamento. À semelhança de Andrade & Martins (2011) a funcionalidade familiar percebida pelos nossos idosos é bastante positiva uma vez que 48,5% sente estar inserido em famílias altamente funcionais e apenas 12,6% referem famílias disfuncionais.

O investimento pessoal percebido mostra que a maioria dos idosos (75,7%) acha que foi moderado, 13,6% elevado e 10,7% baixo. De facto as respostas situam-se nos itens "mais ou menos" ou no "muito", principalmente nas categorias saúde (37,9%;36,9%), no funcionamento intelectual (33,0%, 33,0%), relações com amigos (45,6%, 33,9%) e independência (35,0%, 46,6%). Pelo contrário na categoria sexualidade os nossos idosos acham ter investido pouco (56,3%). Em síntese poderemos inferir que os idosos da nossa amostra investiram na sua vida pessoal o necessário com vista a um envelhecimento ativo e uma melhor qualidade de vida.

Na relação entre variáveis constatamos que o género apenas se relacionava significativamente com a independência funcional sendo os homens mais independentes que as mulheres ($p=0,001$). Já no investimento pessoal não ficou provado a influência do género ($p>0,05$).

A relação entre a variável idade e o investimento pessoal e a independência funcional não foi validada. Este resultado está em sintonia com o obser-

vado por Farias & Martins (2015) em que a idade avançada dos inquiridos não provocou uma diminuição da QV.

Relativamente a hipótese estado civil/investimento pessoal foi validada, destacando-se os idosos casados ou em união de facto com uma percepção mais elevada no investimento na vida pessoal, tendência contrária ao que apresentam os viúvos. Já na independência funcional a hipótese não foi validada similarmente a Ferreira (2011) que não encontrou também relação entre o estado civil e a independência funcional.

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

Num último ponto de discussão verificamos que a funcionalidade familiar está associada ao investimento pessoal e à independência funcional, corroborando os resultados de Andrade & Martins (2011)

5-CONCLUSÕES

Envelhecer com saúde, autonomia e independência é na atualidade um desafio à responsabilidade individual e coletiva. Nesse sentido pensamos que o nosso estudo trouxe um contributo embora singular neste longo caminho a percorrer pela sociedade. Torna-se sem dúvida importante conhecer e compreender os percursos e contextos que envolvem a nossa população idosa.

Encontrámos idosos com bons níveis de independência funcional pois como pudemos ver 40,8% da amostra surge como independente em todas as AVD's. É na atividade de higiene que os idosos demonstram maior nível de dependência ao contrário da alimentação onde são mais independentes.

As percepções sobre a funcionalidade familiar são muito positivas uma vez que o maior grupo percentual da amostra (48,5%) sente estar inserido em famílias funcionais, porém não devemos desvalorizar que 12,6% as classifica como disfuncionais o que exige alguma intervenção. Os níveis de investimento pessoal encontrados mostram tratar-se de um construto multidimensional subjetivo e individualizado: a maioria dos idosos (75,7%) acha ter tido um investimento moderado, 13,6% elevado e 10,7% baixo. Os maiores investimentos foram direcionados para a saúde, funcionamento

intelectual, relações com amigos e independência. Inversamente, a sexualidade colheu o menor investimento.

Em relação às hipóteses estudadas, concluímos que algumas variáveis sociodemográficas se associam ao investimento pessoal e à independência funcional quando testadas dimensão a dimensão, nomeadamente o género masculino, o estar casado ou viver em união de facto, o residir no domicílio, bem como outras variáveis como a prática regular de exercício físico e o estar inserido em famílias funcionais. Não ficou provado no nosso estudo que a variável clínica (presença de patologias) se relacionasse significativamente com as nossas variáveis dependentes.

À semelhança de outros estudos também nós reconhecemos que o nosso apresenta algumas limi-

tações: referimos especialmente uma limitação temporal que impediu a obtenção de uma amostra mais elevada em nº, o que limita generalizações a outras populações. Também a seleção dos participantes excluiu à partida um número significativo de idosos uma vez que apresentavam alterações cognitivas graves e portanto incapazes de colaborar em estudos de perceção.

Em jeito de conclusão diremos que a partir de agora pretendemos divulgar os resultados desta investigação junto dos profissionais de saúde, não só ao nível das instituições de idosos mas também ao nível da comunidade científica, no sentido da sensibilização para a importância dos profissionais de saúde prestarem cuidados baseados em evidências científicas e mais adaptados às necessidades da população idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Colén, M. (2012). Envelhecimento ativo ou investimento numa vida inteira. *Cidade Solidária*, 27/28, 12-17.
- Drago, S., & Martins, R. (2012). A depressão no idoso. *Millenium*, 43, 79-94.
- Franco, J. (2010). Envelhecer bem: uma questão de sucesso. *Nursing*, 254. Acedido em <http://www.nursing.pt/envelhecer-bem-uma-questao-de-sucesso/>
- Faria, T. (2012). Atividade física e autonomia instrumental das pessoas idosas. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 25, 9-16.
- Farias, G. M. S., & Martins, R. M. L. (2015). Qualidade de vida da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Millenium*, 48, 195-209. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium48/12.pdf>
- Ferreira, A. S. M. F. (2011). (In)dependência funcional em idosos domiciliados: intervenção de enfermagem de reabilitação (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1660>
- Figueiredo, E., & Martins, R. (2016). Rheumatoid arthritis: Implications on the functional capacities of people. *Servir*, 59(3), 26-33.
- Freire Júnior, R. C., & Tavares, M. F. L. (2006). A promoção da saúde nas instituições de longa permanência: Uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9(1), 83-92.
- Gonçalves, C. M. M. (2015). A qualidade de vida em idosos institucionalizados (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/12048>
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Estatísticas demográficas 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Martins, R. M. L. (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu* (Dissertação de doutoramento não publicada) Badajoz: Universidade de Extremadura.
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Millenium*, 32, 126-140.
- Martins, R., & Mestre M. (2014). Esperança e qualidade de vida em idosos. *Millenium*, 47, 153-162.
- Martins, R., Santos, P., & Andrade, A. I. (2015). Satisfação com a vida: Prevalência e determinantes. *Gestão e Desenvolvimento*, 23, 107-123.
- Oliveira, J. H. B. (2012). *Psicologia do idoso: Temas complementares: Sexualidade, espiritualidade, educabilidade, sociabilidade, e morte* (2ª ed.). Porto: LivPsic.
- Organização Mundial de Saúde. (2012). Envelhecimento ativo: Uma política de saúde. Acedido em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Paulos, C. (2010). *Gestão de instituições para idosos: qualidade, humanidade e eficiência em cuidados geriátricos*. Lisboa: Quadrátópico, Lda.
- Paschoal, S. (2012). Qualidade de vida na velhice. In E. V. Freitas, L. Py (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (3ª ed., pp. 99-106). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas1.aspx>
- Quaresma, M. (2004). Interrogar a dependência. In M. L. Quaresma, A. A. Fernandes, D. F. Calado, & M. Pereira (Eds.), *O sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e a dependência* (pp. 37-50). Lisboa: Cesdet Edições.
- Rodrigues, L. (2013). Qualidade de vida do idoso e envolvimento comunitário envelhecimento Ativo. *Nursing*, 208. Acedido em <http://www.nursing.pt/?s=Qualidade+de+Vida+do+idoso+e+envolvimento+Comunit%C3%A1rio+Envelhecimento+ativo>
- Rodrigues, A. M. A.M. (2015). Dependência no autocuidado dos idosos residentes em lar (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3203>
- Silva, J. (2011). *A Influência da atividade física na qualidade de vida dos idosos* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1676>
- Souza, R., Costa, G., Yamashita, C., Amendola, F., Gaspar, J., Alvarenga, M., & Oliveira, M. (2014). *Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 469-476. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-469.pdf