

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
Universidade Nova de Lisboa



**A TERAPIA OCUPACIONAL COMO RECURSO PARA IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS – UM ESTUDO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES
OCUPACIONAIS**

Rafaela Rocha Almeida

Agosto, 2011

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Saúde e Envelhecimento

Orientador:

Prof. Doutor Manuel Gonçalves Pereira
FCM, UNL

Co-orientador(a):

Terapeuta Patrícia Paquete
CESNOVA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

RETRATO

*Eu não tinha este rosto de hoje,
assim calmo, assim triste, assim magro,
nem estes olhos tão vazios,
nem o lábio amargo.*

*Eu não tinha estas mãos sem força,
tão paradas e frias e mortas;
eu não tinha este coração que nem se mostra.*

*Eu não dei por esta mudança,
tão simples, tão certa, tão fácil:
- Em que espelho ficou perdida
a minha face?*

Cecília Meireles

AGRADECIMENTOS

A Deus, por abençoar a minha caminhada;

Aos meus pais, pelo apoio incondicional em todos os momentos e aos meus irmãos pela compreensão e incentivo;

Aos meus orientadores Prof. Doutor Manuel Gonçalves Pereira e a Terapeuta Ocupacional Patrícia Paquete, por todos os momentos em que se dispuseram a compartilhar o seu valioso tempo e conhecimento;

À direcção e administração da Residência para Idosos por permitir a realização da colheita dos dados nas suas instalações e pela compreensão com as ausências e ajustes de horários;

A todos os idosos que estiveram disponíveis a colaborar no estudo;

Às minhas amigas de longa data, Raquel Jaskulski, Roberta Mineiro, Shirley Eryka, Manu Almeida e Aline de Melo, companheiras de aprendizagem, crescimento e profissão; pela amizade e contribuição para a melhoria deste trabalho;

À amiga mestranda Zélia Ferreira, sempre disponível nos diversos momentos de angústia e insegurança e pelas incansáveis trocas de ideias;

À amiga Joana Canas pelo apoio e incentivo;

À amiga mestranda Isabel Soares, pelo apoio e disponibilidade fundamentais para o meu crescimento e finalização deste estudo;

Em especial ao Ricardo, por estar ao meu lado durante os momentos mais difíceis. Sem ele tudo seria mais difícil.

ÍNDICE GERAL

RESUMO	V
ABSTRACT	VI
I – INTRODUÇÃO	1
II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
2.1 – Envelhecimento Demográfico	4
2.2 – O Processo de Envelhecimento	4
2.2.1 – <i>Envelhecimento Activo</i>	5
2.3 – Institucionalização.....	7
2.4 – Terapia Ocupacional em Gerontologia.....	8
2.4.1 – <i>Conceito de Desempenho Ocupacional</i>	12
2.4.2 – <i>Modelos de intervenção</i>	14
III – ESTUDO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES OCUPACIONAIS.....	17
3.1 – Introdução.....	17
3.2 – Objectivos	17
IV - METODOLOGIA	19
4.1 – Tipo de estudo	19
4.2 – Local	19
4.3 – População e Amostra.....	19
4.4 – Variáveis	19
4.5 Instrumentos de colheita de dados	20
4.6 – Procedimentos	24
4.6.1 – <i>Programa de Actividades Terapêuticas</i>	24
4.7 – Considerações Éticas	25
4.8 – Plano de análise dos dados	26
V - RESULTADOS	27
5.1 – Caracterização da amostra	27
5.2 – Residência Anterior e Tempo na Instituição	28
5.3 – Índice de Katz	28
5.4 – Mini Mental State Examination (MMSE) (Guerreiro et al., 2008)	28
5.5 – Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional (COPM)	29
5.5.1 – <i>Frequências dos problemas de desempenho, separados por prioridades</i>	30
5.5.2 – <i>Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional (COPM) – REAVALIAÇÃO (após o programa de intervenção)</i>	32
5.5.3 – <i>Frequências dos problemas de desempenho pós intervenção (reavaliação)</i>	32
VI – DISCUSSÃO.....	36

VII – CONCLUSÃO	46
VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
IX – ANEXOS.....	53
ANEXO A – CONTEÚDOS ABREVIADOS DAS DIMENSÕES DA COPM	54
ANEXO B – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA.....	55
ANEXO C - ÍNDICE DE KATZ	57

ÍNDICE DE QUADROS

- **QUADRO 1:** Modelo de Desempenho Ocupacional e características da COPM
- **QUADRO 2:** Operacionalização das variáveis do estudo
- **QUADRO 3:** Códigos de classificação do Índice de Katz e resultados obtidos

ÍNDICE DE TABELAS

- **TABELA 1:** Características sócio-demográficas
- **TABELA 2:** Residência anterior e tempo na Instituição
- **TABELA 3:** Resultados da aplicação do Mini-Mental State Examination (MMSE)
- **TABELA 4:** Frequência do primeiro problema de desempenho
- **TABELA 5:** Frequência do segundo problema de desempenho
- **TABELA 6:** Frequência do terceiro problema de desempenho
- **TABELA 7:** Frequência do quarto problema de desempenho
- **TABELA 8:** Frequência do quinto problema de desempenho
- **TABELA 9:** Mediana, mínimo e máximo das dimensões da COPM
- **TABELA 10:** Frequência do primeiro problema de desempenho – Avaliação e Reavaliação pós intervenção
- **TABELA 11:** Frequência do segundo problema de desempenho - Avaliação e Reavaliação pós intervenção
- **TABELA 12:** Frequência do terceiro problema de desempenho - Avaliação e Reavaliação pós intervenção
- **TABELA 13:** Frequência do quarto problema de desempenho - Avaliação e Reavaliação pós intervenção
- **TABELA 14:** Frequência do quinto problema de desempenho - Avaliação e Reavaliação pós intervenção
- **TABELA 15:** Pontuações de desempenho e satisfação – Avaliação e Reavaliação
- **TABELA 16:** Médias de desempenho e de satisfação (Avaliação e Reavaliação) – Teste de Wilcoxon

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- **GRÁFICO 1:** Frequência das áreas de desempenho ocupacional – Avaliação
- **GRÁFICO 2:** Frequência das áreas de desempenho ocupacional – Reavaliação

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD.....	Actividade da Vida Diária
CAOT.....	Canadian Association of Occupational Therapy
CIF.....	Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde
COPM.....	Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional
DO.....	Desempenho Ocupacional
INE.....	Instituto Nacional de Estatística
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
MMSE.....	Mini Mental State Examination
MOH.....	Modelo de Ocupação Humana
MCDO-E.....	Modelo Canadano de Desempenho Ocupacional e Envolvimento

RESUMO

O envelhecimento populacional está associado a necessidades de saúde, incluindo aspectos ligados à realização das actividades quotidianas e à vertente ocupacional em geral.

O presente estudo procurou identificar as necessidades ocupacionais de uma amostra de idosos institucionalizados e avaliar alterações no desempenho ocupacional e na satisfação após participação num programa de actividades terapêuticas.

A amostra foi constituída por 20 indivíduos, com uma média de idades de 86,2 anos (DP=6,0), maioritariamente do sexo feminino e viúvos, com níveis de escolaridade diversos, sem défice cognitivo grave, provenientes de duas instituições para idosos em Lisboa.

Os instrumentos utilizados foram entrevista de caracterização sócio-demográfica. *Mini-Mental State Examination*. Índice de Katz e Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional.

Após a participação no programa de actividades, oito indivíduos mantiveram as notas de desempenho e de satisfação na Medida Canadiana; cinco apresentaram aumento em ambas as notas; para dois, o desempenho permaneceu inalterado e o grau de satisfação diminuiu; finalmente, três deixaram de ter pelo menos um problema no desempenho, destacando-se um indivíduo que deixou de ter problemas para se alimentar, tornando-se independente nesta área. Comparando as avaliações iniciais e as reavaliações pós-intervenção, não se registaram diferenças significativas nas pontuações de desempenho nem de satisfação da Medida Canadiana.

Em conclusão, muitos dos participantes do estudo referiram um desempenho deficiente em muitas actividades ocupacionais que valorizavam, assim como um grau elevado de insatisfação em relação a esse desempenho. Apesar de ter tido algum impacto nas necessidades ocupacionais dos participantes, o programa de actividades não pareceu trazer benefícios generalizados nesta pequena amostra.

Palavras-chave: *envelhecimento, desempenho ocupacional, institucionalização, Terapia Ocupacional.*

ABSTRACT

The aging process in institutionalized populations has implications that encompass various issues related to health, including occupational development and the performance of daily activities.

It was this study's objective to identify the occupational needs of a sample of institutionalized elderly and to identify the existence of changes in occupational performance and satisfaction after participation in a program of therapeutic activities.

The sample consisted of 20 individuals (mostly female and widowed) from two nursing homes in Lisbon, having various levels of education and an average age of 86,2 years (SD=6,0) as well as the ability of verbal expression without severe cognitive deficit.

The instruments used were a structured interview for socio-demographic characterization, the Mini Mental State Examination, the Katz Index and the Canadian Occupational Performance Measure.

We found that older respondents claimed that the performance of daily activities constituted a problem. They stated that the activities of self-care and leisure were the most problematic, that they had negative self-perceptions regarding their own performance, and that they were dissatisfied with this performance of their daily activities.

After participating in program activities, eight respondents experienced no change in their respective grades of performance and satisfaction, five showed increases in both grades and, for two respondents, the performance remained unchanged while the satisfaction level showed a decline. Three stopped having at least one problem in performance, and one participant even stopped referring feeding problems, having become independent in this area.

Regarding the evolution of the Canadian Measure performance and satisfaction scores (before versus after the intervention), we found no significant differences.

In conclusion, most participants stated that they were performing badly in what concerned the occupational activities they valued the most. The same applies to low levels of satisfaction regarding that performance. In this small sample, and despite some benefits, the program of therapeutic activities did not prove to be significantly effective.

Key words: aging, occupational performance, institutionalization, Occupational Therapy.

I – INTRODUÇÃO

A era contemporânea caracteriza-se por diversas transformações (históricas, económicas, políticas e sociais) que lançam um importante desafio à humanidade.

O aumento acelerado da população de idosos é um dos fenómenos sociais que mais se tem destacado em todo o mundo (Netto, 2004).

É um facto que o processo de envelhecimento demográfico tem tido repercussões nas diferentes esferas da estrutura social, económica, política e cultural da sociedade, uma vez que os idosos possuem necessidades específicas.

A longevidade do homem tem vindo a aumentar. A cada nova época vive-se mais, prolonga-se o tempo da existência ao máximo; mas, por outro lado, grande parte das pessoas não querem ficar velhas – teme-se o desconhecido. Teme-se pelas agruras comumente associadas ao envelhecimento e despreza-se por considerar que essas “imperfeições” só acontecem aos “outros”. Entretanto, compreender esse processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível é um acto emergente e necessário (Costa, 2004).

O envelhecimento carrega em si o estigma da perda; perda da capacidade funcional; da visão; da audição; dos entes queridos. Faz parte do senso comum perceber este processo como uma fase assombrada pelas “perdas”.

O envelhecimento não deve ser encarado como um problema, mas sim como uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o maior tempo possível, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais, não só na área da saúde; uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico; e um ajuste do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

Fundamentalmente, chegar a uma idade avançada é uma conquista. E o que era antes o privilégio de poucos, chegar à velhice, hoje passa a ser normal, mesmo nos países em desenvolvimento. Esta conquista maior do século XX transforma-se, no entanto, numa grande preocupação para o século que se inicia.

Os dois últimos séculos, associados directamente a alteração económica e ao processo de industrialização, modificaram o lugar do idoso na sociedade; este deixou de ser detentor da experiência e sabedoria e passou a representar socialmente o improdutivo, fraco e inútil. Essa nova visão foi acompanhada pela criação dos asilos dos inválidos, hospitais e actualmente dos lares e dos centros de dia (Correia, 2007).

É de facto desejável conhecer e compreender melhor a realidade da saúde e envelhecimento da população portuguesa, de forma a promover novas e melhores

abordagens preventivas, curativas e de continuidade de cuidados.

Isto leva-nos a pensar que o modelo existente de assistência aos idosos pode não ser adequado à satisfação das suas necessidades. Os problemas de saúde dos mais velhos, além de serem de longa duração, requerem pessoal qualificado, equipas multidisciplinares, equipamentos próprios e exames complementares mais esclarecedores.

O conhecimento desta problemática permite-nos perceber que os clássicos modelos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação não podem ser mecanicamente transportados para os idosos sem que significativas e importantes adaptações sejam executadas.

Nesta perspectiva, torna-se urgente que as instituições de saúde e sociais se organizem no sentido de responder adequadamente às necessidades de saúde da população idosa, tornando-se instituições verdadeiramente promotoras de saúde.

Inúmeros são os desafios trazidos pelo envelhecimento da população para os quais o país não está devidamente preparado: desafio para a família; pobreza; aposentadoria; para os lares e, principalmente, a promoção da saúde e a formação de recursos humanos em Geriatria e Gerontologia.

A Terapia Ocupacional em Gerontologia tem como propósito favorecer um desempenho ocupacional satisfatório, auxiliando o indivíduo na execução de tarefas e papéis ocupacionais essenciais a uma vida activa com o controlo de si e do ambiente, prevenindo comprometimentos funcionais e promovendo a saúde (Drummond e Rezende, 2008). Cabe à Terapia Ocupacional identificar as competências que possam ser restauradas ou adaptadas e promover intervenções, maximizando a independência e autonomia dos idosos dentro das possibilidades individuais e dos recursos disponíveis.

Fundamental para a prática da Terapia Ocupacional é a conceptualização do ser humano como um *ser ocupacional* (Wilcock, 1996; Yerxa *et al.*, 1989; Yerxa, 1998) para o qual a ocupação é uma necessidade básica (Townsend & Polatajko, 2007).

O envelhecimento populacional tem mobilizado pessoas, meios e esforços. A preocupação em encontrar soluções evidencia-se no aumento de estudos focados nas pessoas idosas e na sua condição de saúde e realidade social.

Neste sentido, abordaremos neste estudo alguns aspectos referentes às implicações que o envelhecimento associado à institucionalização pode trazer, nomeadamente ao nível do desempenho ocupacional.

Definimos como objectivo geral do estudo “Estudar as necessidades ocupacionais em idosos institucionalizados, incluindo a sua evolução temporal”, com os seguintes objectivos específicos:

- o Identificar os principais problemas de desempenho ocupacional percebidos numa amostra de idosos institucionalizados;

- Avaliar se existem alterações na forma como estes idosos institucionalizados percebem o desempenho ocupacional e o grau de satisfação com este desempenho após a participação num Programa de Actividades Terapêuticas.

Este trabalho está dividido em duas partes.

Na primeira, intitulada “Introdução / Enquadramento Teórico”, apresentamos uma revisão da bibliografia sobre os principais eixos que fundamentam o estudo. Temas pertinentes destinados a sustentar a teoria da investigação; passo a citá-los: envelhecimento demográfico; processo de envelhecimento; institucionalização e a actuação da Terapia Ocupacional na Gerontologia.

A segunda parte, designada “Estudo de avaliação das necessidades ocupacionais”, traz uma breve introdução que reforça o problema e a importância do estudo, com a apresentação dos objectivos. Prossegue com os aspectos metodológicos subjacentes ao desenvolvimento deste estudo exploratório, cujo desenho envolveu um componente longitudinal de intervenção. Segue-se a descrição dos resultados, a sua discussão e as conclusões.

II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 – Envelhecimento Demográfico

A partir da segunda metade do século XX emergiu um fenómeno nas sociedades desenvolvidas: o envelhecimento demográfico, uma simples constatação quantitativa do aumento do número de pessoas idosas (Nazareth, 1994).

Estima-se que a Europa registe as tendências mais acentuadas de envelhecimento até 2050. O grupo etário com mais de 65 anos de idade representará cerca de 27,6% da população europeia; com efeito, o grupo de pessoas com 80 ou mais anos de idade terá aumentado em 2050 171,6% em relação a 2005 (Eurostat, 2004, citado por Moreira, 2008).

Portugal segue esta tendência. De acordo com os dados preliminares do Censo 2011, o Instituto Nacional de Estatística (INE) revela que a população residente foi estimada em 10,56 milhões. Ainda não existem dados disponíveis dos Censos 2011 a respeito das informações sobre a população idosa.

O peso relativo da população idosa (indivíduos com 65 ou mais anos de idade) aumentou de 17,6% (2008) para 17,9% (2009). Em resultado destas alterações, e para o mesmo intervalo de tempo, o índice de envelhecimento registou um aumento de 116 para 118 idosos por cada 100 jovens (INE, 2009).

A esperança média de vida aos 65 anos tem mantido uma tendência. Para o período 2007-2009, a esperança média de vida à nascença foi estimada em 78,88 anos, sendo de 75,80 anos para os homens e de 81,80 para as mulheres (INE, 2009). Os dados dos Censos 2011 ainda não estão disponíveis.

Perante o envelhecimento populacional observado mundialmente, torna-se relevante questionar se o aumento da longevidade tem sido acompanhado por um melhor estado de saúde geral com mais qualidade de vida.

2.2 – O Processo de Envelhecimento

Segundo Nelson (2005), o envelhecimento é o conjunto de alterações que ocorrem progressivamente na vida adulta e que frequentemente, mas não sempre, reduzem a viabilidade do indivíduo.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o maior tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa para a sociedade como um todo, nomeadamente para os profissionais de saúde.

O processo de envelhecimento encerra inúmeras alterações na vida do idoso que lhe afectam a funcionalidade, a mobilidade e a saúde, privando-o de uma vida autónoma e saudável, prejudicando a sua qualidade de vida (Lobo & Pereira, 2007, citado por Vaz, 2009).

Associado ao fenómeno do envelhecimento está o aumento da probabilidade de ocorrências de situações de dependência física, psíquica ou social.

A longevidade sempre foi uma meta para o homem, mas como reduzir a vulnerabilidade dos idosos às doenças, à dependência e à falta de autonomia?

O processo de envelhecimento não deve estar associado à doença; porém a longevidade deixa o corpo mais vulnerável ao aparecimento de doenças crónicas e incapacitantes, que levam a um comprometimento funcional (Araújo *et al.*, 2007; Parayba, Veras & Melzer, 2005; Lamb, 1996, citados por Marques, 2010).

A presença de uma doença, falta de autonomia, factores culturais, socioeconómicos e estilo de vida podem comprometer a funcionalidade de um indivíduo, afectando o bem-estar e o processo de envelhecimento saudável.

Sabe-se que à medida que o ser humano envelhece muitas tarefas do quotidiano, consideradas banais e de fácil execução, vão lentamente, e muitas vezes de forma imperceptível, tornando-se cada vez mais difíceis de serem realizadas (Araújo & Ceolim, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu esforço em ampliar a compreensão dos efeitos da doença e deficiência, tem reconhecido que a saúde pode ser afectada pela incapacidade de executar actividades e de participar em situações da vida causadas pelas barreiras ambientais, assim como pelos problemas que existem nas estruturas e funções do corpo (OMS, 2001, citado por Carleto, *et al.*, 2010).

A OMS (2005) ressalta que o homem deve manter-se participativo durante todo o curso da vida, ainda que esteja eventualmente restrito ao ambiente doméstico ou apresente algum nível de incapacidade (Marques, 2010).

2.2.1 – Envelhecimento Activo

O conceito de envelhecimento activo, criado pela *World Health Organization* (WHO), em 1997, tem como base o princípio de permitir aos idosos que permaneçam integrados e motivados na vida laboral e social (OMS, 2005).

A OMS passa a discutir a velhice sob a vertente do envelhecimento bem-sucedido; considera que a saúde e a qualidade de vida do idoso não dependem somente da ausência de doença ou da manutenção da capacidade funcional. As funções e os papéis

desempenhados pelos idosos, no contexto sócio-familiar, tornam-se também mecanismos balizadores na promoção da qualidade de vida e de um envelhecimento saudável (Cassiano, 2008).

Envelhecimento Activo é o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2005).

Como factores determinantes do envelhecimento activo, incluído numa perspectiva de género e de cultura, temos as características do indivíduo, as variáveis comportamentais, económicas, do meio físico e do meio social e ainda a saúde e serviços sociais (Paúl, 2005).

Ao enfatizar a participação como um dos três pilares do envelhecimento activo, a OMS (2005) defende que mesmo que o indivíduo não tenha a sua funcionalidade completamente íntegra, o importante é que este participe, da vida e da sociedade.

Assim, o objectivo do envelhecimento activo é aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida das pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (Fernandes & Botelho, 2007).

Este conceito possibilita o conhecimento das reais potencialidades dos indivíduos para obtenção do bem-estar físico, mental e social, com participação nas actividades sociais e comunitárias, de acordo com suas capacidades, necessidades e desejos, além de identificar demandas associadas à protecção e segurança adequadas (Dias, Duarte & Lebrão, 2010).

Contudo, o processo de envelhecimento aumenta a probabilidade de ocorrência de incapacidade física, dependência, isolamento social e perdas cognitivas. Estes factores podem contribuir para a institucionalização do idoso, (Alcântara, 2004; Chaimowicz & Greco, 2004, citados por Freitas, 2010).

As doenças próprias do envelhecimento vão adquirindo maior expressão no conjunto da sociedade com o conseqüente aumento do recurso aos serviços de saúde, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados (Paúl, 2005). A grande heterogeneidade entre os idosos suscita a necessidade da existência de modelos assistenciais diversos (Fonseca, 2004).

Os idosos institucionalizados¹ podem ter a participação espontânea comprometida, passam a ser “controlados” por mecanismos que os impedem de tomar decisões sobre os seus desejos mais simples, como o horário de comer e o que vestir. Este tipo de limitações foi apontado por muitos autores para diferentes contextos de institucionalização (Goffman, 2001).

¹ Neste trabalho entenda-se por idosos institucionalizados indivíduos com 65 e mais anos a residir em Lares.

2.3 – Institucionalização

“Os Lares de Idosos constituem uma resposta social, destinada ao alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia” (Ministério do Trabalho e Segurança Social, 2006, citado por Vaz, 2009, p.52).

Em termos Europeus, o recurso aos lares é diferente entre o Norte e o Sul. Sendo assim, os estados membros a Norte da Europa, como Bélgica, Dinamarca, França, Luxemburgo, Holanda e Reino Unido, continuam a estar mais desenvolvidos em termos de resposta social do tipo Lar do que em relação aos cuidados comunitários (Duarte & Paúl, 2006-2007).

Por outro lado, a institucionalização é considerada um tipo de resposta escassa, nos países a Sul da Europa, como Grécia, Itália, Espanha e Portugal, isto porque são países que ainda envolvem bastante a família na prestação de cuidados aos mais velhos (Duarte & Paúl, 2006-2007).

Em Portugal a “institucionalização da velhice” surge como uma alternativa em expansão. Segundo o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2008), ao longo destes dez anos as Residências e Lares para idosos apresentaram um crescimento de 39%.

No nosso país, cerca de 51 017 pessoas idosas residem em lares (num total de 1.702.120 pessoas com mais de 65 anos) (INE, 2002).

O grande desafio actual consiste na adopção de estratégias que possibilitem a promoção do envelhecimento saudável, centrado na manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida.

Tendo em conta as alterações demográficas provocadas pelo envelhecimento em toda a Europa, a que Portugal não fica alheio, pode-se considerar o processo de envelhecimento e a velhice como uma situação problemática que necessita de apoio social. O reconhecimento da necessidade de intervir com políticas orientadas para o desenvolvimento e optimização de respostas sociais levou ao surgimento de equipamentos do tipo lar de idosos (Duarte & Paúl, 2006-2007).

Os efeitos da institucionalização sobre a vida dos idosos têm sido amplamente estudados e, neste sentido, o ambiente institucional surge como um factor que pode tanto facilitar quanto dificultar a sua adaptação à nova realidade de vida (Marques, 2010).

Nas instituições de longa permanência a dependência física é muitas vezes estimulada, pois os próprios funcionários preferem ajudar os idosos nas suas actividades, quando esses já apresentam inabilidade para executar tarefas simples, embora não sejam incapazes de fazê-las (Pavarini, 1996, citado por Araújo & Ceolim, 2007).

A mesma autora refere que a ociosidade foi sempre um aspecto mencionado pelos estudos como um factor causador de constrangimentos na vida do idoso institucionalizado.

Esta realidade traz implicações para os Terapeutas Ocupacionais, uma vez que estes necessitam mobilizar conhecimentos para prestarem uma assistência adequada e de qualidade, que compreenda as necessidades ocupacionais dos idosos, de modo a amenizar os desafios impostos pela institucionalização.

2.4 – Terapia Ocupacional em Gerontologia

A “Terapia Ocupacional é a arte e a ciência de permitir o envolvimento na vida diária, através de actividades; de capacitar as pessoas para realizarem as suas ocupações e promover a saúde e o bem-estar, e de favorecer uma sociedade justa e integradora, para que todas as pessoas possam participar nas ocupações da vida diária” (Townsend & Polatajko, 2007, p.27).

Na actuação com o idoso, a Terapia Ocupacional age como um facilitador que o capacita a fazer o melhor uso possível das suas capacidades remanescentes (Montagner, 2008).

Através do estímulo ao auto conhecimento e ao auto cuidado, gera uma melhoria na auto-estima; proporciona ao idoso condições para lidar com os seus potenciais e a partir daí construir uma maneira própria de se relacionar com o meio social, actuando de maneira mais autónoma. Em suma, procura-se que o indivíduo tenha um desempenho o mais independente possível, enfatizando as áreas do auto cuidado, do lazer, da manutenção de seus direitos e papéis sociais, segundo Ferreira & Clos (2006).

A Terapia Ocupacional é fundamentada na compreensão de que o envolvimento em ocupações estrutura a vida quotidiana e contribui para a saúde e para o bem-estar (Carleto, *et al.*, 2010).

Os profissionais de Terapia Ocupacional reconhecem que a saúde é apoiada e mantida quando os clientes são capazes de se envolver em ocupações e actividades que permitem a participação desejada ou necessária em casa, na escola, no local de trabalho e na vida comunitária. Deste modo, os Terapeutas Ocupacionais preocupam-se não somente com ocupações, mas também com a complexidade de factores que possibilitam ao cliente a participação em ocupações significativas que promovem a saúde (Wilcock & Townsend, 2008, citados por Carleto *et al.*, 2010).

A *participação* é entendida como “o envolvimento em situações de vida” (OMS, 2001, p.10, citado por Carleto *et al.*, 2010).

Deste modo, a participação de um indivíduo é o resultado da interacção de dois componentes, o desempenho e a capacidade, que representam o que a pessoa faz e como o pode fazer, respectivamente. O primeiro refere-se à forma como o indivíduo realiza as actividades num determinado contexto. O segundo relaciona-se com a capacidade do indivíduo para realizar as actividades, considerando também o contexto no qual está inserido (Marques, 2010).

“Todas as pessoas precisam ser competentes ou capacitadas para se envolver em ocupações de acordo com as suas necessidades e escolhas, para crescer através do que elas fazem, e para ter a experiência de independência, igualdade, participação, segurança, saúde e bem-estar” (Wilcock & Townsend, 2008, citados por Carleto *et al.*, 2010).

Considera-se «necessidade» um problema significativo na área social ou da saúde, para o qual existem soluções ou intervenções potenciais. Segundo Matthews (citado por Wing, 1990), “existe um estado de *necessidade* quando o indivíduo apresenta uma doença ou incapacidade para a qual existem cuidados/tratamentos efectivos e aceitáveis” (Gonçalves-Pereira *et al.*, 2007, p.8).

Ximenes & Côrte (2007) descrevem que as necessidades de um indivíduo estão relacionadas tanto com as questões básicas e concretas da existência (alimentação, moradia, educação, saúde, transporte, trabalho, lazer e segurança), quanto à subjectividade inerente ao homem (gosto pela vida, percepção do seu bem-estar e prazer; satisfação e envolvimento emocional com pessoas e actividades; propósito de vida e felicidade); como também com a participação social, as oportunidades de trabalho significativo e a realização de talentos e habilidades pessoais.

As mesmas autoras defendem que todas estas questões estão directamente ligadas à execução das actividades quotidianas.

Há uma desvalorização das necessidades do idoso por se acreditar que estas se limitam a certas prioridades fisiológicas, tais como alimentação, vestuário, moradia, cuidados de saúde e higiene (Pimentel, 2001, citado por Ximenes & Côrte, 2007).

É possível desenvolver medidas que atendam às necessidades da população mais envelhecida e aos cuidados que esta exige. Estas medidas passam por investir em melhorar a saúde e a capacidade funcional, aumentando a cobertura e a acessibilidade aos cuidados de saúde, com base na investigação neste âmbito (Ekholm, 2010).

A ocupação é tão necessária para a vida como a comida e a bebida (Dunton, 1919, citado por Townsend & Polatajko, 2007). Wilcock (1993) e Lawton's (1985) descrevem que a ocupação preenche necessidades humanas básicas essenciais para a sobrevivência, fornece mecanismos para as pessoas exercerem e desenvolverem capacidades inatas de natureza biológica, social e cultural, para se adaptarem às mudanças ambientais e se desenvolverem como pessoas (Chung, 2004).

Blau (1973, citado por Ferrari, 1996) fala do “fazer” como necessidade humana, e em relação ao envelhecimento aponta para o facto de que a “redução das actividades na velhice deve ser substituída por outras compensatórias” (Duarte & Diogo, 2005).

Castro, Lima & Brunello (2001) ao falarem da qualidade de vida quotidiana, referem-se à transformação concreta da realidade, através dos *fazer*es diários, como as actividades de auto cuidado e manutenção da vida, visando satisfazer as exigências e necessidades do indivíduo, que podem ser pensadas como vitais no quotidiano de qualquer pessoa.

Os Terapeutas Ocupacionais desenvolvem uma relação de colaboração com os seus clientes com o propósito de entender as suas experiências e desejos para a intervenção.

Os clientes trazem o saber a partir de sua experiência de vida, esperanças e sonhos para o futuro; identificam e compartilham suas necessidades e prioridades. Os profissionais de Terapia Ocupacional trazem o seu conhecimento sobre de que forma o envolvimento em ocupações afecta a saúde e o desempenho (Carleto *et al.*, 2010).

O foco da Terapia Ocupacional está no desempenho das ocupações que resultam da inter-relação dinâmica entre o cliente, o contexto e o ambiente (Christiansen & Baum, 1997; Christiansen, Baum & Bass-Hagen, 2005; Law, Baum & Dunn, 2005, citados por Carleto *et al.*, 2010).

A intervenção é direccionada para promover a saúde. A promoção da saúde é “um processo que habilita as pessoas a aumentar o controlo sobre e para melhorar sua saúde” (OMS, 1986, citado por Carleto *et al.*, 2010, p. 92).

Wilcock (2006) afirma que seguindo uma abordagem de promoção de saúde focada na ocupação adopta-se uma crença num leque de oportunidades sobre o que a pessoa pode fazer, pode ser e pode aspirar (Carleto *et al.*, 2010).

A intervenção da Terapia Ocupacional foca-se na criação ou facilitação de oportunidades para o envolvimento em ocupações.

Os benefícios da Terapia Ocupacional são multifacetados. Apoiar a saúde e a participação na vida através do envolvimento em ocupações é o resultado mais amplo da intervenção. O aumento do desempenho ocupacional do cliente, assim como a percepção de auto-eficácia sobre sua vida e habilidades, são aspectos de resultados positivos (Carleto *et al.*, 2010).

A Terapia Ocupacional utiliza o termo *ocupação* para captar a dimensão e o significado da “actividade do quotidiano” (Carleto *et al.*, 2010).

Encontramos diversas definições para *ocupação*:

Segundo a *Canadian Association of Occupational Therapists* (1997, citado por Law *et al.*, 1998), “a ocupação é o âmago da intervenção da Terapia Ocupacional; é tudo o que as pessoas realizam para se ocuparem, incluindo cuidar de si próprias (auto cuidado),

aproveitar a vida (lazer) e contribuir para o desenvolvimento social e económico das suas comunidades (produtividade)” (Resende, 2009, p.47).

“Actividades diárias que fornecem a estrutura para a vida e o significado para os indivíduos; estas actividades compreendem as necessidades humanas de auto cuidado, lazer e participação na sociedade” (Crepeau, Cohn & Schell, 2003, p.1031, citados por Carleto *et al.*, 2010).

Segundo Francisco (2001), o *fazer* deve acontecer através do processo de identificação das necessidades, problematização e superação de conflitos, não existindo receitas mágicas, nem técnicas específicas, que garantam que estamos realmente a resolver o problema. Complementando, De Carlo & Bartalotti (2001, p.57) defendem que “não se trata de construir modelos, receitas, bulas, indicações de actividades, mas de construir com cada paciente, junto com ele, uma trajectória singular.”

A ideia de que o trabalho (actividade) promove o bem-estar vem sendo reafirmada desde os primórdios da profissão (Polatajko, 2001; Kielhofner, 1992; Magalhães, 1989; Soares, 1991, citado por Magalhães, 2003).

Actividade é uma sequência de episódios relacionados com o desempenho de uma tarefa que ocorre numa ocasião específica, durante um período limitado, por uma razão particular. O resultado da participação numa actividade é que algum aspecto da realidade objectiva ou da experiência subjectiva é alterado; a natureza da mudança tem significado para o participante (Hagedorn, 2007).

As actividades são os recursos utilizados pela Terapia Ocupacional; proporcionam conhecimento e experiência; auxiliam na transformação de rotinas; ampliam a comunicação, permitindo crescimento pessoal, interacção social e ressignificação dos projectos de vida, procurando as necessidades e potencialidades de cada sujeito (De Carlo & Bartalotti, 2001).

Segundo Ferriotti (2001), existe todo um arsenal de actividades que a Terapia Ocupacional pode utilizar no seu trabalho junto ao idoso, como por exemplo:

- Actividade física/funcional (treino e reabilitação de AVD's);
- Dinâmicas de grupo com o objectivo de desenvolver expressão de sentimentos e estimular relações interpessoais;
- Oficinas de memória, com o objectivo de estimular a concentração, a memória, a atenção, o raciocínio lógico e as capacidades residuais através de contos, filmes, notícias, técnicas de memória, jogos, treino de atenção, etc;
- Actividades expressivas – manuais, artesanais, artísticas;
- Orientação para a realidade, com o objectivo de estimular o contacto com a realidade, leitura e comentários de notícias de jornais, revistas e temas importantes, a fim de trabalhar também aspectos cognitivos;
- Actividade culturais e de lazer para favorecer a participação social.

Actividades que não consideram as *necessidades* e interesses dos idosos são como “[...] actividades que torturam o tempo e o matam misericordiosamente” (Goffman, 2001, p.65 citado por Ximenes e Côrte, 2007, p.8).

A questão centra-se na razão pela qual o envolvimento em actividades é terapêutico.

De acordo com Hagedorn (2007) há um consenso geral de que a participação em actividades e tarefas seleccionadas apropriadas:

- Promove a aprendizagem e capacita a pessoa a ter um desempenho competente;
- Promove ou apoia os papéis sociais e identidades no contexto de uma cultura particular ou sociedade;
- Cria um sistema para estruturar e integrar a totalidade do desempenho da pessoa;
- Auxilia na aquisição de repertório equilibrado de ocupações necessárias ou significativas;
- Desvia a atenção dos incómodos sintomas físicos ou psicológicos;
- Promove a recuperação de doenças e traumas.

Através das actividades a história pessoal é contada aos poucos, e assim é possível mapear também as necessidades e possibilidades que estabelecerão um conjunto de práticas centradas no *fazer* humano, visando favorecer e/ou estimular a independência, a autonomia, o auto conhecimento, o bem-estar, a auto estima, as habilidades e as potencialidades de cada sujeito (Montagner, 2008).

Castro, Lima & Brunello (2001) afirmam que as ocupações promovem mudanças de atitudes, restabelecem o equilíbrio emocional, são promotoras de trocas sociais e rompem com o isolamento. É fundamental que as actividades realizadas sejam significativas para os idosos e, desse modo, se relacionem com seus interesses e com sua realidade social e cultural.

Considerando a ocupação como base para a manutenção da saúde e do bem-estar, é importante observar o que acontece com o *comportamento ocupacional* quando este é interrompido, temporária ou definitivamente, quer seja por uma incapacidade física ou por um ambiente que comprometa a autonomia e o desempenho destas ocupações.

2.4.1 – Conceito de Desempenho Ocupacional

O desempenho ocupacional (D.O.) refere-se à capacidade de realizar as tarefas que possibilitam o desempenho de papéis ocupacionais de maneira satisfatória e apropriada para o estágio de desenvolvimento, cultura e ambiente (Pedretti & Early, 2004).

A definição de desempenho ocupacional, baseada no Occupational Therapy Guidelines for Client-Centred Practice da Associação Canadiana de Terapeutas

Ocupacionais (CAOT, 1991), é “a habilidade de realizar rotinas, desempenhar papéis, tarefas com objectivo de auto-manutenção, produtividade, lazer e descanso em resposta às exigências do meio externo e interno” (Chaparro & Ranka, 1997, citado por Theodoro, 2005, p. 20).

O D.O. requer oportunidades de aprendizagem e de prática específicas aos papéis da vida e às tarefas de desenvolvimento. Os deficits nas experiências de aprendizagem de tarefas, componentes de desempenho ou contextos e ambientes empobrecidos, podem levar a limitações no desempenho ocupacional (Pedretti & Early, 2004).

Pedretti & Early (2004) definem premissas sobre o desempenho ocupacional:

- O desempenho ocupacional é essencial para o preenchimento satisfatório do papel ocupacional;
- O desenvolvimento, o desempenho e a manutenção do D.O. são influenciados por elementos intrapessoais (aspectos temporais dos contextos do desempenho) e extra pessoais (ambiente físico, elementos sociais, culturais e familiares);
- Um equilíbrio adequado no D.O. é essencial para a manutenção da saúde;
- O papel do Terapeuta Ocupacional é facilitar tanto um equilíbrio apropriado quanto um D.O. otimizado, visando a retoma dos papéis ocupacionais;
- O Terapeuta Ocupacional trabalha com a compensação dos deficits nas áreas de desempenho e a correcção dos seus componentes;
- A principal ferramenta de tratamento para o Terapeuta Ocupacional é a actividade com propósito, ou seja, significativa para o cliente;
- Outras ferramentas incluem métodos auxiliares e actividades habilitadoras que são usados para preparar o cliente para o funcionamento nas áreas do desempenho;
- Não se considera Terapia Ocupacional o uso exclusivo de tais métodos preparatórios fora do contexto do desempenho ocupacional do cliente.

A desestruturação ou modificação da rotina diária gera disfunção ocupacional levando à perda de habilidades para desempenhar comportamentos ocupacionais desejados; no ambiente institucional em particular, a rotinização das tarefas, condicionada pela dinâmica, pode, certamente, ter efeitos devastadores.

Contextos e ambientes afectam a acessibilidade do cliente às ocupações e influenciam a qualidade do desempenho e da satisfação desse desempenho (Carleto *et al.*, 2010).

Segundo Heller (1992, p.17) “a vida quotidiana é a vida do homem *inteiro*, ou seja, o homem participa com todos os aspectos da sua individualidade, e da sua personalidade”. Mas em que momento na vida institucionalizada o indivíduo tem condições de exercer este viver pleno, em que, segundo a mesma autora, pode colocar “em funcionamento” todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, as suas habilidades, os seus sentimentos, paixões, ideias e ideologias.

Uma das contribuições da Terapia Ocupacional é o foco no D.O. e na manutenção das ocupações significativas para o indivíduo. Um dos fundamentos do seu modelo teórico e da sua prática radica na convicção de que existe uma relação entre ocupação e saúde e bem-estar (Wilcock, 1993, citado por Gonçalves, 2000).

2.4.2 – Modelos de intervenção

Os Modelos de Prática Conceptual fornecem as linhas orientadoras específicas da profissão. Na prática, apresentam e organizam os conceitos teóricos para ajudar o Terapeuta Ocupacional a nomear (especificar) e enquadrar (conhecer a extensão, explicar as causas) o problema (Kielhofner, 1997 citado por Cavaco & Gonçalves, 2005).

Tendo isto em conta, consideramos relevante referir dois modelos principais:

- Modelo de Ocupação Humana – (MOH).

Este modelo foi desenvolvido por Kielhofner e Burke. Datam de 1980 as primeiras publicações e de 2008 a quarta e última edição. Este modelo tenta explicar como as pessoas são motivadas para as suas ocupações, como aprendem e sustentam os padrões ocupacionais ao longo da vida e como se envolvem em acções físicas, cognitivas e sociais. Além da pessoa, o modelo também se refere ao ambiente como aspecto com importância para a ocupação (Kielhofner & Burke, 1980).

- Modelo Canadano de Desempenho Ocupacional e Envolvimento – (MCDO-E).

Este modelo foi elaborado em 1980 por iniciativa conjunta da *Canadian Occupational Therapy* e do *Canadian Department of National Health and Welfare* numa tentativa de desenvolver directrizes que garantissem a qualidade na prestação de serviços de Terapia Ocupacional no Canadá (Cardoso, Magalhães & Magalhães, 2009).

Sumsion (1999) refere-se ao Modelo Canadano de Desempenho Ocupacional como a evidência da aplicação da abordagem “centrada no cliente”. Pode ser aplicado em todas as idades, em programas institucionais ou comunitários. Este modelo reconhece e encoraja a autonomia, colocando o terapeuta como facilitador, instrutor ou orientador (Fazio, 2001, citado por Cavaco & Gonçalves, 2005).

Os pressupostos teóricos do Modelo Canadano de Desempenho Ocupacional ilustram como a Terapia Ocupacional vê a relação dinâmica entre a pessoa, o seu contexto e as suas ocupações (actividades de auto-cuidado, produtividade e lazer) (Townsend & Polatajko, 2007).

O MCDO-E é uma ferramenta essencial para o Terapeuta Ocupacional intervir. Este modelo determina que a pessoa é o centro de toda a intervenção e fornece ao Terapeuta

Ocupacional uma perspectiva da abordagem centrada na pessoa (Cardoso, Magalhães & Magalhães, 2009).

A estrutura tridimensional do modelo mostra a interdependência entre a pessoa, o contexto e a ocupação. Uma alteração numa destas áreas afecta automaticamente as outras.

O modelo inclui as áreas do desempenho do auto cuidado, da produtividade e do lazer e classifica a ocupação dentro dessas três categorias. O ambiente consiste em elementos físicos, sociais, culturais e institucionais (Pedretti & Early, 2004).

As ocupações são classificadas nas seguintes categorias: auto cuidado, produtividade e lazer (Cardoso, Magalhães & Magalhães, 2009):

1. **Auto cuidado** – inclui as ocupações que a pessoa desempenha de forma a se manter numa condição que permita a função (McColl *et al.*, 2003). Na COPM medem-se três aspectos do auto cuidado: cuidado pessoal, mobilidade funcional e funcionamento na comunidade.
2. **Produtividade** – inclui as ocupações que visam a preservação económica, manutenção do lar e da família, trabalho voluntário ou desenvolvimento pessoal (McColl *et al.*, 2003). A COPM mede três tipos de actividade produtiva: o trabalho remunerado ou não, realização das tarefas domésticas, escola e brincar.
3. **Lazer** – inclui as ocupações desempenhadas pelo indivíduo quando está livre da obrigação de ser produtivo (McColl *et al.*, 2003). A COPM inclui recreação tranquila, recreação activa e socialização.

O modelo engloba uma perspectiva holística do indivíduo, vendo-o como um sistema aberto, complexo e multidimensional (biológico, psicológico, social e espiritual) que interage com o seu ambiente (Kagan, 1996, citado por Gonçalves, 2000), utilizando a ocupação para responder de uma forma adaptativa às suas solicitações.

O desempenho ocupacional é descrito como “o resultado das interações entre a pessoa, o ambiente e a ocupação. Considera-se que a pessoa possui componentes físicos, afectivos e cognitivos de desempenho, e que no centro destes está o núcleo de todo o ser, o elemento espiritual” (Pedretti & Early, 2004, p.4).

O desempenho ocupacional é definido pelo indivíduo não apenas em termos da sua capacidade e competência para realizar certas ocupações, mas também em termos da sua satisfação. O meio também é considerado, na medida em que pode colocar exigências e/ou disponibilizar recursos que irão interferir com a realização destas ocupações.

Assim, o desempenho ocupacional será um fenómeno mais experimentado e vivenciado pelo indivíduo do que observável do exterior. É também influenciado pelos

papéis que o indivíduo assume no seu dia-a-dia (Law *et al.*, 1994, citado por Gonçalves, 2000).

A Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional (COPM) um dos instrumentos do Modelo, foi definida como principal instrumento do nosso estudo original, sendo por isso descrita posteriormente. O quadro 1 descreve como as características do MCDO são expressas como características da Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional (COPM).

MODELO DE DESEMPENHO OCUPACIONAL	CARACTERÍSTICAS DA COPM
D.O. é um fenómeno experimentado em vez de um fenómeno observado	<ul style="list-style-type: none"> - A COPM pede ao cliente para fazer um relato e identificar questões sobre o D.O; - O cliente atribui valores em termos de importância.
D.O. é influenciado por papéis, componentes do desempenho e pelo ambiente	Usando a COPM uma questão é identificada pelo cliente devido a uma expectativa não realizada em relação a um papel ou devido a demandas ambientais que interferem no sucesso no desempenho da ocupação
D.O. é característica dos humanos, independente da idade, género ou incapacidade	A COPM pode ser aplicada a todos os clientes, embora a abordagem possa ser modificada para acomodar alguns indivíduos
D.O. inclui o desempenho em si e a satisfação com o desempenho	A COPM resulta em dois tipos de escores auto-atribuídos: desempenho e satisfação

QUADRO 1: Modelo de Desempenho Ocupacional e as características da COPM (Fonte: Magalhães; Magalhães e Cardoso, 2009)

III – ESTUDO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES OCUPACIONAIS

3.1 – Introdução

Os temas relacionados com o envelhecer são sempre actuais e necessários para uma sociedade cada vez mais envelhecida e que necessita responder às necessidades específicas desta população.

O processo do envelhecer pode ser ainda mais complexo e limitador quando associado a institucionalização e tendo em conta que os Lares constituem a terceira resposta social com maior peso dentre as valências reconhecidas pela Segurança Social (Jacob, 2001), sendo importante conhecer e estudar o quotidiano dos indivíduos que estão a viver nestas instituições de modo a promover a saúde, o bem-estar e a participação, a fim de fomentar um envelhecer activo (Gonçalves, 2000; Magalhães, 2003; Araújo & Ceolim, 2007; Vaz, 2009; Marques, 2010).

Em Portugal foram desenvolvidos estudos que abordaram o tema do envelhecer ligado à institucionalização. Entretanto nenhum destes investigou a percepção dos utentes sobre as actividades que consideram mais significativas associadas à actuação da Terapia Ocupacional.

Assim, consideramos pertinente estudar a percepção dos entrevistados sobre o seu dia-a-dia e reflectir sobre as práticas desenvolvidas pela Terapia Ocupacional de modo a dar um contributo para a identificação das necessidades ocupacionais de um grupo de pessoas que vivem em lares a fim de favorecer um envelhecimento mais participativo.

Considerando as evidências expostas, e a necessidade de contribuir para a compreensão dos significados do envelhecer associados à vida quotidiana asilar, privilegiando o *fazer* do idoso residente, surgem as seguintes questões de investigação: “Quais as ocupações que os idosos institucionalizados consideram mais significativas?” e “quais as possibilidades de intervenção da Terapia Ocupacional sobre o desempenho ocupacional destes idosos?”.

3.2 – Objectivos

O objectivo geral do estudo foi “Estudar as necessidades ocupacionais em idosos institucionalizados, incluindo a sua evolução temporal”.

Para ir de encontro ao objectivo geral estabelecido foram delineados alguns objectivos específicos:

- Identificar os principais problemas de desempenho ocupacional percebidos numa amostra de idosos institucionalizados;
- Avaliar se existem alterações na forma como estes idosos institucionalizados percebem o desempenho ocupacional e o grau de satisfação com este desempenho após a participação num programa específico (Programa de Actividades Terapêuticas).

IV - METODOLOGIA

4.1 – Tipo de estudo

Estudo descritivo e analítico com características fundamentalmente exploratórias, envolvendo um componente longitudinal com intervenção.

4.2 – Local

A colheita de dados foi realizada em duas residências de uma mesma instituição de cariz particular com fins lucrativos, ambas situadas em Lisboa. As residências diferem apenas quanto à estrutura do espaço físico, sendo que uma está dividida em três pisos que funcionam individualmente e a outra dispõe de uma sala e de um refeitório comuns a todos os utentes. O quadro de recursos humanos é semelhante para ambas as residências, composto pelos seguintes profissionais: ajudantes de lar (são aproximadamente 12 para cada residência); enfermeiros (3 para cada residência) e fisioterapeutas (2). Os seguintes técnicos servem as duas residências: médico (1); psicólogo (1); terapeuta ocupacional (1) e animador sociocultural (1).

4.3 – População e Amostra

A população do estudo foi constituída por todos os residentes, com idade igual ou superior a 65 anos (N=40).

Foram excluídos do estudo aqueles que, em função do deficit cognitivo/incapacidade funcional, não reuniam condições de colaborar na mesmo.

4.4 – Variáveis

O quadro 2 sistematiza a informação relativa às variáveis do estudo e, também, os instrumentos de colheita de dados utilizados.

Considerámos o desempenho ocupacional como a variável dependente.

VARIÁVEIS	INSTRUMENTO
Sócio-demográficas e clínicas	Ficha de caracterização sócio-demográfica e clínica
De funcionalidade (higiene, alimentação, uso da casa de banho, vestuário e locomoção)	Índice de Katz
Ocupacional (Desempenho Ocupacional)	COPM (Law <i>et al.</i> , 2005)
Cognição	MMSE (Guerreiro <i>et al.</i> , 2008)

QUADRO 2: Operacionalização das variáveis do estudo

4.5 Instrumentos de colheita de dados

➤ Ficha de caracterização sócio-demográfica

Instrumento elaborado para a colheita de dados sócio-demográficos e clínicos nesta investigação. As questões tiveram como objectivo caracterizar os indivíduos quanto à sua dimensão pessoal, social, profissional (sexo, idade, etnia, estado civil, tempo de institucionalização, residência antes de ir para o lar, grau de escolaridade e actividade profissional prévia), bem como alguns dados clínicos gerais, incluindo os fármacos prescritos (Anexo B).

➤ Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional (COPM)² (Law *et al.*, 2005)

A Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional (COPM) foi desenvolvida no âmbito do Modelo Canadiano de Desempenho Ocupacional, atrás descrito.

A COPM é um instrumento próprio da Terapia Ocupacional que auxilia o cliente a identificar questões relativas à função ocupacional, determinar objectivos, além de medir as modificações na sua percepção do desempenho ao longo da intervenção. Apresenta fiabilidade de boa a excelente, e é fundamental para a decisão clínica (Law, Baum & Dunn, 2001, citados por Drummond & Rezende, 2008).

² Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Manteremos a sigla original em inglês visto que é internacionalmente usada como indexador na área de terapia ocupacional.

Originalmente publicada em 1991, com três edições subsequentes (1994, 1998 e 2005), actualmente vem sendo utilizada em 35 países e foi traduzida em 20 idiomas (Magalhães; Magalhães & Cardoso, 2009).

A COPM tem como objectivo identificar problemas no desempenho ocupacional (D.O); consiste numa entrevista padronizada e semi-estruturada. Foi elaborada para detectar alterações no auto percepção do desempenho ocupacional. Abrange as áreas do auto cuidado, das actividades produtivas e do lazer. Diferentemente de outros tradicionais instrumentos, os itens são gerados pelos próprios clientes. Depois de preenchida, é feita uma conversão numérica e o desempenho do cliente é transformado numa pontuação que servirá de base para avaliações futuras (Law *et al.*, 1990, 1994, 1998; Wressle *et al.*, 2002; McColl *et al.*, 2000).

Os problemas de D.O são definidos pelo próprio cliente, que é instruído a pensar num dia típico e a identificar em cada um das três áreas – auto cuidado, produtividade e lazer – as actividades que apresenta dificuldade em realizar e a indicar a importância de realizá-las; é usada uma escala de 1 a 10, na qual 1 equivale a “totalmente sem importância” e 10 a “extremamente importante”. “É importante que o cliente identifique as ocupações que ele quer fazer, precisa ou se espera que realize na vida diária” (Magalhães; Magalhães & Cardoso, 2009, p.24). Portanto, as primeiras perguntas são direccionadas às necessidades percebidas pelo cliente. Não é necessário que o cliente identifique problemas em todas as áreas de desempenho ocupacional; entretanto é importante salientar que pode ser citado mais que um problema dentro de cada uma das três áreas (auto cuidado, produtividade e lazer).

Após a definição dos constrangimentos relacionados com a actividade, é-lhe solicitado que indique os cinco problemas mais importantes. Seguidamente, e para cada um dos problemas, é feita uma auto avaliação separadamente do seu desempenho, usando novamente uma escala de 1 a 10, na qual 1 equivale a “incapaz de fazer” e 10 a “capaz de fazer extremamente bem”; e da sua satisfação com a realização destas actividades, com uma escala na qual 1 equivale a “nada satisfeito” e o 10 “extremamente satisfeito” (Magalhães; Magalhães & Cardoso, 2009).

Após um intervalo de tempo definido pelo terapeuta, depois da avaliação inicial e da terapia, ocorre a reavaliação. Nesse momento, o desempenho e a satisfação para cada problema são novamente avaliados, isto é, pontuados cada um deles de 1 a 10 de acordo com a escala referida anteriormente (Pollock, McColl & Carswell, 2003; Neistadt & Crepeau, 2002; Neistadt, 2000, citados por Drummond & Rezende, 2008; Magalhães; Magalhães & Cardoso, 2009).

A COPM pode ser utilizada para determinar quando um cliente necessita de Terapia Ocupacional; na avaliação inicial é usada para auxiliar o terapeuta e o cliente a

compreenderem a origem do problema do D.O. e também para o estabelecimento dos objectivos e metas a alcançar; como uma medida de resultado para determinar o grau de mudança dos clientes com as intervenções (Pollock, McColl & Carswell, 2003, citados por Theodoro, 2005).

A Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional (COPM), principal instrumento do estudo até ao momento foi usada em três linhas de pesquisa (Cardoso, Magalhães & Magalhães, 2009):

- Estudos de medição: destinados a investigar propriedades psicométricas da própria COPM ou de outras medidas de desempenho ocupacional (McColl *et al.*, 2000);
- Estudos voltados para a compreensão da ocupação e mudanças ocupacionais: estudos descritivos destinados a ampliar o nosso conhecimento e compreensão sobre a profundidade e extensão da ocupação como um conceito variável. Por exemplo, Veneri (2000) usou a COPM para compreender auto percepções *versus* percepções de outrem sobre o desempenho ocupacional;
- Estudos voltados para a compreensão dos determinantes e dos problemas do D.O: estudos exploratórios que tentam mostrar a relação entre ocupação e outras variáveis, como características pessoais e ambientais. Como exemplo Southon (1997) observou o efeito do ambiente domiciliar no desempenho ocupacional. A autora nota diferenças significativas nos objectivos ocupacionais para clientes que vivem em casa *versus* clientes que vivem em hospitais.

Em Portugal a COPM foi utilizada por Gonçalves (2000) numa investigação que procurou estudar eventuais relações entre a percepção pessoal de problemas do desempenho ocupacional e a percepção pessoal de saúde e bem-estar; avaliou as propriedades métricas da COPM numa amostra de 175 utentes dos centros de dia do concelho de Sintra, residindo na comunidade, com idades entre os 65 e os 79 anos. Em relação aos resultados obtidos com a COPM, 60% dos participantes tinham a percepção da existência de problemas de desempenho ocupacional. O estudo encontrou associação positiva entre o desempenho ocupacional e a percepção pessoal de saúde.

Neste estudo, porém, optámos por usar a versão brasileira da COPM como instrumento principal por ser numa versão mais actual (Magalhães; Magalhães & Cardoso, 2009). O protocolo da entrevista está disponível no *site* do Núcleo de Estudos e Informação em Desenvolvimento e Desempenho Infantil – NEIDDI.

Pela abrangência das áreas de desempenho e necessidade de identificação de actividades problemáticas, pela capacidade de atribuição da importância a estas actividades consideradas problemáticas e posterior hierarquização dessas mesmas, e por permitir a avaliação do seu próprio desempenho e grau de satisfação, foi considerada apropriada a Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional (COPM).

➤ Índice de Independência nas Actividades de Vida Diária - AVD (Katz *et al.*, 1963)

O Índice de Katz foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores de Cleveland, Ohio (EUA), liderado por Sidney Katz. Inclui seis actividades: alimentar-se, ter continência, transferir-se, usar a casa de banho, vestir-se e tomar banho. A investigação demonstrou que a perda da função começa pelas actividades mais complexas, ao passo que as actividades mais básicas permanecem por mais tempo (Drummond & Rezende, 2008) (Anexo C).

Trata-se de um instrumento que afere as Actividades Básicas da Vida Diária (tomar banho, vestir-se, uso da casa de banho, mobilidade da cama para a cadeira, e o movimento inverso, continência e alimentar-se).

Cada actividade prevê três opções: a primeira, de total independência; a segunda, com limitação parcial; e a terceira, que representa uma situação total de dependência.

Neste estudo, este instrumento serviu para caracterizar a amostra no que se refere a funcionalidade e permitir posteriores correlações desta com o desempenho ocupacional.

➤ Avaliação breve do estado mental, tradução portuguesa do Mini Mental State Examination (MMSE) (Guerreiro *et al.*, 2008)

Este instrumento foi desenvolvido em 1975 por Folstein, Folstein e McHugh, tem sido utilizado como teste de rastreio cognitivo. A sua cotação pode variar de zero (0) pontos até trinta (30) pontos.

O MMSE é um instrumento utilizado para a triagem da deterioração mental ao nível das funções cognitivas. A sua aplicação envolve tarefas que agrupam onze categorias: orientação temporal, orientação espacial, fixação, atenção e cálculo, memória, nomeação, repetição, compreensão, leitura, escrita e desenho (Guerreiro *et al.*, 1994).

Em 1994 foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro & colaboradores, sendo definidos pontos de corte diferenciados consoante o nível de escolarização dos sujeitos.

Segundo Guerreiro *et al.* (1994), considera-se que a pessoa apresenta um provável deficit cognitivo nas seguintes circunstâncias:

- Analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Posteriormente, Morgado *et al.* (2009) propuseram novos valores normativos para o MMSE, numa amostra populacional contemporânea portuguesa (representativa da população que frequenta os centros de saúde da área Metropolitana de Lisboa). Deste modo, o estudo determinou os seguintes valores de corte:

- Literacia de 0 a 2 anos ≤ 22
- Literacia de 3 a 6 anos ≤ 24
- Literacia igual ou superior a 7 ≤ 27

No presente estudo foram ainda considerados os pontos de corte determinados por Guerreiro *et al.* (1994).

4.6 – Procedimentos

Este estudo foi constituído por três etapas. Na primeira etapa reuniu-se toda a informação necessária à caracterização da amostra e conhecimento das actividades consideradas relevantes para os entrevistados mediante a aplicação dos instrumentos referidos. Na segunda etapa o objectivo era realizar uma intervenção terapêutica baseada no programa de actividades que habitualmente vinha sendo aplicado nas residências. Pretendia-se proceder a alterações no programa de actividades terapêuticas até então desenvolvido na instituição na medida em que estas se revelassem necessárias.

A última etapa do estudo consistiu na reavaliação da percepção dos entrevistados sobre o próprio desempenho e satisfação com este, a fim de documentar possíveis alterações nestas dimensões.

4.6.1 – Programa de Actividades Terapêuticas

O programa de actividades terapêuticas que era habitualmente aplicado nas residências tinha como base as avaliações realizadas pela terapeuta aquando a admissão na instituição. Estas avaliações possibilitavam o conhecimento acerca da funcionalidade nas AVD's, através do Índice de Katz; da capacidade cognitiva, através do MMSE e da história ocupacional dos utentes.

Os objectivos do programa de actividades eram determinados pela terapeuta, mediante o conhecimento e a valorização da história de vida de cada pessoa. Os utentes participavam activamente na organização deste programa, pois havia oportunidade de opinarem sobre as actividades que consideravam mais interessantes de entre as opções oferecidas pela terapeuta. Estas actividades tinham como foco a promoção da independência funcional, a participação e o envolvimento; o bem-estar e a qualidade de vida.

O programa consistia em intervenções de grupo com aproximadamente duas horas, cinco vezes por semana. Cada grupo era constituído por, aproximadamente, seis pessoas, sendo realizados dois grupos por dia.

As actividades realizadas estavam inseridas em categorias de acordo com o seu objectivo principal. Passo a citá-las:

- Actividades para estimulação cognitiva – com recursos diversos (fotografias, imagens de pessoas, jogos, bola, músicas antigas, livros e filmes);
- Actividades funcionais/psicomotoras – direccionadas para a estimulação das actividades da vida diária como o circuito e o condicionamento funcional (com recurso a garrafas, cones, bolas, bastões, esponjas, aros e elásticos);
- Actividades lúdicas – com recurso a jogos diversos e dinâmicas de grupo;
- Actividades artísticas – pinturas, actividades manuais diversas, reciclagem com garrafas plásticas, latas, vidros e papel;
- Actividades sócio culturais – festas culturais e comemorações de datas significativas (Dia do pai, Dia da mãe, carnaval, Páscoa, Santos Populares, Dia dos avós, Natal); um grupo intergeracional realizado com a colaboração de crianças de uma escola local.

Os atendimentos individuais, quando indicados, aconteciam três vezes por semana, com a duração aproximada de uma hora. Vinham sendo realizados, por exemplo, com uma utente que necessitava de uma intervenção direccionada ao treino assistido e de recursos adaptativos para facilitar o seu desempenho na alimentação.

O programa tinha como objectivos gerais a melhoria da saúde através da ocupação, propondo-se à reestruturação do quotidiano, além de estimular a capacidade cognitiva, promover a funcionalidade e favorecer o lazer e a socialização.

Este tipo de programa foi a base da intervenção delineada no presente estudo. Caso fosse necessário, com base nas avaliações iniciais com a COPM, previa-se a possibilidade de serem efectuadas alterações no programa, na medida que estas se revelassem necessárias e adequadas às necessidades individuais de cada participante.

4.7 – Considerações Éticas

Foi obtida a autorização da administração das instituições para a investigação. Os utentes foram informados pela terapeuta ocupacional da existência do estudo e convidados a participar no mesmo. Os participantes deram o seu consentimento informado e foi garantida a confidencialidade das informações colhidas.

4.8 – Plano de análise dos dados

Recurso aos programas Microsoft Excel 2007 e SPSS para Windows versão 17 para análise dos dados colhidos. Foi realizado o estudo estatístico descritivo e analítico dos dados. De acordo com as condições de aplicabilidade, foi planejado o recurso ao teste de Wilcoxon para analisar a evolução das pontuações da COPM. O nível de significância adotado foi $\alpha=0.05$.

V - RESULTADOS

5.1 – Caracterização da amostra

Tendo em conta os critérios de exclusão, a amostra final do estudo foi constituída por 20 idosos institucionalizados. Dez indivíduos não foram contactados por não apresentarem capacidade cognitiva/funcional para responder às solicitações do estudo. Outros dez indivíduos foram excluídos: sete por apresentarem deficit cognitivo que impossibilitava a colaboração nas entrevistas com colheita fiável dos dados, comprovado pelo MMSE; dois por recusa em participar; e um por não referir problemas no desempenho ocupacional. Um sujeito faleceu antes da reavaliação.

Dos 20 participantes, dezanove eram do sexo feminino e um do sexo masculino. A média de idades foi 86,2 anos, com um desvio padrão de 6,0.

Quanto aos dados clínicos, apenas nos é possível apresentar resultados relativos aos fármacos em uso: dezasseis indivíduos faziam uso de psicofármacos (por exemplo antidepressivos ou benzodiazepinas); nenhum fazia uso de antedemenciais e todos faziam uso de outros fármacos (por exemplo anti hipertensores ou antidiabéticos orais).

As actividades profissionais prévias mais referidas foram: costureiras (4), modistas (2) e empregadas de escritório (2). As demais foram: encadernadora, doméstica, dactilógrafa, cozinheira, empregada dos correios, auxiliar de acção médica e houve quem nunca tivesse trabalhado. As características sócio demográficas relacionadas com o estado civil e a escolaridade estão resumidas na tabela 1.

Tabela 1: Características Sócio-demográficas

CARACTERÍSTICAS SÓCIO – DEMOGRÁFICAS	n = 20
<u>ESTADO CIVIL</u>	
<i>Solteiro</i>	2
<i>Divorciado</i>	1
<i>Casado</i>	1
<i>Viúvo</i>	16
<u>ESCOLARIDADE</u>	
<i>Sem instrução primária</i>	4
<i>Instrução primária completa</i>	7
<i>Curso médio (comercial ou industrial)</i>	5
<i>Liceu incompleto</i>	1
<i>Curso Superior</i>	3

5.2 – Residência Anterior e Tempo na Instituição

Antes de ir para o lar, dezasseis (16) idosos residiam em casa e quatro (4) tinham estado a viver em outro lar. O mínimo de tempo na instituição era de seis meses e o máximo de cento e dezanove (119), quase dez anos. Das quatro pessoas que estiveram em outras instituições, o mínimo foram seis meses e o máximo duzentos e quarenta (240), ou seja, 20 anos, o que faria com o tempo total de institucionalização estivesse entre os seis e os trezentos e cinquenta e nove (359) meses, aproximadamente 29 anos (Tabela 2).

Tabela 2: Residência anterior e tempo na instituição

Tempo (em anos)	Mediana	Mínimo	Máximo
Tempo em outras instituições	24	6	240
Tempo na instituição em estudo	26,5	6	119
Tempo total de institucionalização	26,5	6	359

5.3 – Índice de Katz

Baseado no código de classificação que se segue, foi determinado o índice de funcionalidade apresentado pelos participantes do estudo (n=20). O quadro 3 descreve os resultados obtidos com a aplicação do Índice de Katz.

Quadro 3: Códigos de classificação do Índice de Katz e resultados obtidos

A	<i>Independente em todas as actividades</i>	14
B	<i>Independente em todas as actividades, excepto em 1.</i>	2
C	<i>Independente em todas as actividades, excepto banho e outra</i>	2
D	<i>Independente em todas as actividades, excepto banho, vestir e outra</i>	2
E	<i>Independente em todas as actividades, excepto banho, vestir, uso da casa de banho e outra</i>	-
F	<i>Independente em todas as actividades, excepto banho, vestir, uso da casa de banho, transferência e outra</i>	-
G	<i>Dependente em todas as actividades</i>	-

5.4 – Mini Mental State Examination (MMSE) (Guerreiro et al., 2008)

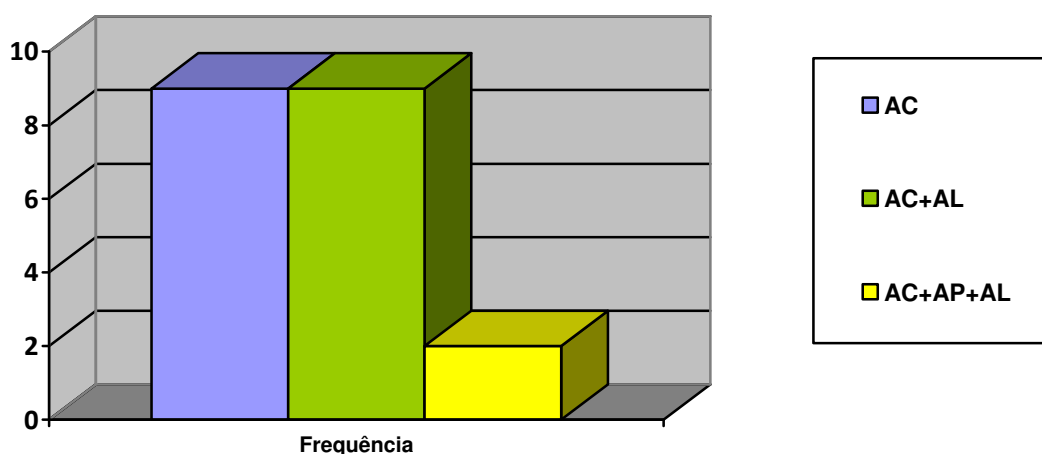
A aplicação do MMSE permitiu obter os seguintes resultados: média de 23,9 e desvio padrão 4,2. Do total dos participantes, mais de metade (13) obteve resultado não sugestivo de deficit cognitivo; os demais (7) obtiveram resultados que indicavam provável deficit cognitivo, ainda que tal não tenha impedido a participação nas entrevistas (Tabela 3).

Tabela 3: Resultados da aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE)

Resultado	n = 20
Sem deficit cognitivo	13
Com deficit cognitivo	7

5.5 – Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional (COPM)

A aplicação da Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional alcançou os seguintes resultados: dois (2) participantes afirmaram ter problemas em todas as áreas do desempenho (actividades de auto cuidado - AC; actividades de lazer - AL e actividades produtivas - AP); nove (9) referiram ter problemas em duas áreas e outros nove (9) mencionaram problemas em apenas uma área de desempenho (Gráfico 1).

Gráfico 1: Frequência das áreas de desempenho ocupacional

As actividades citadas como mais significativas pelos entrevistados na avaliação inicial estão, na sua maioria, relacionadas com a área do auto cuidado. Esta abrange, os cuidados pessoais, por exemplo fazer a higiene, vestir-se e despir-se, arranjar-se, pentear-se, aplicar o creme hidratante, calçar as meias e alimentar-se; envolve ainda a mobilidade funcional, na qual a actividade citada como mais significativa foi o andar. Na área da produtividade, citaram como importante brincar com os bisnetos. Na área do lazer as mais referidas foram ir à missa, passear, receber visitas de amigos e familiares e actividades de costura e culinária.

5.5.1 – Frequências dos problemas de desempenho, separados por prioridades

Ao serem solicitados para, de entre as actividades consideradas problemáticas, escolherem as mais importantes e ordená-las por prioridades, mais de metade dos participantes referiu o auto cuidado (Tabela 4). Vale lembrar que os entrevistados podem referir mais que um problema na mesma área. Apenas uma minoria dos indivíduos referiu ter cinco problemas de desempenho; por essa razão, para $n = 20$, as frequências apresentadas nas tabelas pode variar.

Tabela 4: Frequência do primeiro problema de desempenho

<i>1º Problema D.O.</i>	<i>Frequência</i>
Auto cuidado	15
Actividades de Lazer	5
(n=20)	

Dos vinte (20) entrevistados, apenas dezassete (17) afirmaram ter um segundo problema de desempenho (Tabela 5).

Tabela 5: Frequência do segundo problema de desempenho

<i>2º Problema D.O.</i>	<i>Frequência</i>
Auto cuidado	13
Actividade Produtivas	1
Actividade de Lazer	3
(n=20)	

Quinze (15) participantes referiram ter mais do que dois problemas. Destes, mais de metade considerou que o terceiro problema está dentro da área do auto cuidado (Tabela 6).

Tabela 6: Frequência do terceiro problema de desempenho

<i>3º Problema D.O.</i>	<i>Frequência</i>
Auto cuidado	8
Actividades Produtivas	1
Actividades de Lazer	6
(n=20)	

Onze (11) afirmaram ter mais que três problemas. Destes, a maioria considera as actividades da área do lazer como prioritárias (Tabela 7).

Tabela 7: Frequência do quarto problema de desempenho

4º Problema D.O.	Frequência
Auto cuidado	4
Actividades de Lazer	7
(n=20)	

Apenas seis (6) participantes afirmaram ter cinco problemas importantes no D.O. Destes, a maioria considera as actividades da área do lazer como prioritárias (Tabela 8).

Tabela 8: Frequência do quinto problema de desempenho

5º Problema D.O.	Frequência
Auto cuidado	2
Actividades de Lazer	4
(n=20)	

No que se refere às *dimensões* “importância” dos problemas descritos nas tabelas de 4 a 8, “desempenho” e “satisfação”, verificámos que os participantes atribuem grande importância (mediana 9,5) às actividades que não conseguem realizar com autonomia. Consideram ainda que têm um desempenho baixo (3,7) para realizar estas actividades e estão pouco satisfeitos (2,2) com a maneira como as realizam (Tabela 9). Lembramos que a COPM apresenta como mínimo e máximo possíveis os valores 1 e 10, respectivamente.

Tabela 9: Mediana, mínimo e máximo das dimensões da COPM (n=20)

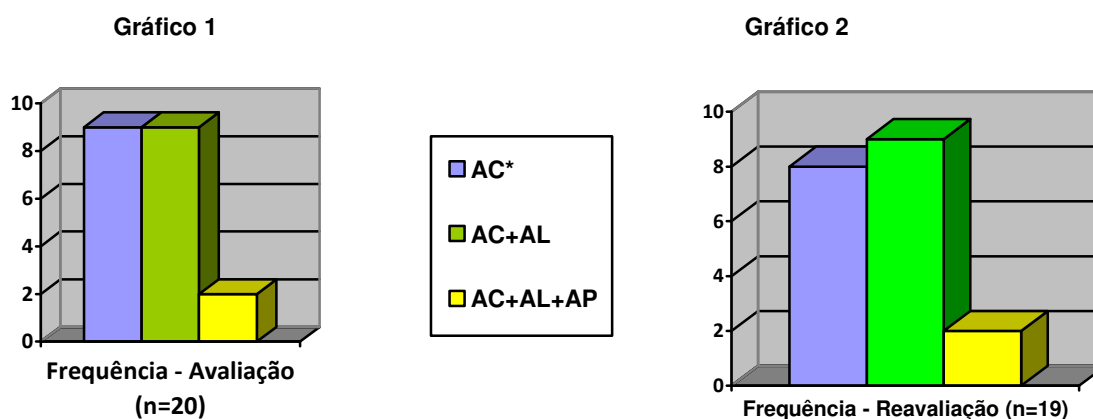
DIMENSÃO	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO
Importância	9,5	8	10
Desempenho	3,7	1	9,7
Satisfação	2,2	1	6,3

5.5.2 – Medida Canadiana de Desempenho Ocupacional (COPM) – REAVALIAÇÃO (após o programa de intervenção)

O programa de actividades descrito anteriormente sofreu algumas modificações, principalmente no que se refere às actividades realizadas em grupo: foram incluídas algumas actividades relacionadas essencialmente com a área do lazer.

Após a realização do programa de actividades terapêuticas, apenas foi possível reavaliar dezanove dos vinte participantes iniciais. O participante que ficou perdido para esta reavaliação faleceu entre os dois momentos de avaliação.

Na reavaliação, os dezanove entrevistados referiram ter problemas no desempenho ocupacional. O auto cuidado continuou a ser a área referida como mais significativa pelos entrevistados (Gráfico 2). O gráfico 1, que faz referência aos valores obtidos na avaliação, é aqui rerepresentado para facilitar a comparação dos resultados obtidos na avaliação inicial e na reavaliação pós intervenção.



*(AC – Auto cuidado; AL – Actividades de Lazer; AP – Actividades Produtivas)

5.5.3 – Frequências dos problemas de desempenho pós intervenção (reavaliação)

Ao serem novamente solicitados para, dentre as actividades consideradas problemáticas, escolherem as mais importantes e ordená-las por prioridades, mais de metade dos participantes voltou a referir a área do auto cuidado.

Após a participação no programa de actividades, oito indivíduos mantiveram as notas de desempenho e de satisfação na Medida Canadiana; cinco apresentaram aumento em ambas as notas; para dois, o desempenho permaneceu inalterado e o grau de satisfação diminuiu; finalmente, três deixaram de ter pelo menos um problema no desempenho,

destacando-se um indivíduo que deixou de ter problemas para se alimentar, tornando-se independente nesta área.

A tabela 10 mostra os resultados obtidos na reavaliação. Ao comparar os resultados desta reavaliação (n=19) com os da avaliação inicial (n=20), considerámos apenas os 19 participantes que concluíram o programa de intervenção. Assim, recalculámos os resultados das tabelas 4 a 9 nas tabelas seguintes (10 a 16), nas quais expomos os dados da avaliação e reavaliação lado a lado, para facilitar a visualização. Este foi o critério usado para guiar o leitor na comparação entre os dois momentos de avaliação.

Apesar de os resultados obtidos no momento inicial e final serem semelhantes ou apresentarem apenas pequenas alterações, é importante salientar que um mesmo indivíduo pode pontuar notas diferenciadas na avaliação inicial e na reavaliação.

Tabela 10: Frequência do primeiro problema (Avaliação e reavaliação pós-intervenção)

<i>1º Problema D.O.</i>	<i>Avaliação inicial</i> <i>(n=19)</i>	<i>Avaliação final</i> <i>(n=19)</i>
Auto Cuidado (AC)	14	14
Actividades de Lazer (AL)	5	5

Dos dezanove participantes que novamente referiram problemas com o desempenho na reavaliação, dezassete afirmaram ter um segundo problema de desempenho (Tabela 11).

Tabela 11: Frequência do segundo problema (Avaliação e reavaliação pós-intervenção)

<i>2º Problema D.O.</i>	<i>Avaliação inicial</i> <i>(n=19)</i>	<i>Avaliação final</i> <i>(n=19)</i>
Auto cuidado (AC)	13	13
Actividade Produtivas (AP)	1	1
Actividade de Lazer (AL)	3	3

Quinze participantes referiram novamente na reavaliação ter mais do que dois problemas. Destes, mais da metade considerou o auto cuidado como terceiro problema prioritário (Tabela 12).

Tabela 12: Frequência do terceiro problema (Avaliação e reavaliação pós-intervenção)

3º Problema D.O.	Avaliação inicial	Avaliação final
	(n=19)	(n=19)
Auto cuidado (AC)	8	8
Actividade Produtivas (AP)	1	1
Actividade de Lazer (AL)	6	6

Dez participantes afirmaram na reavaliação ter mais que três problemas. Destes, a maioria considera as actividades da área do lazer como as mais significativas (Tabela 13).

Tabela 13: Frequência do quarto problema (Avaliação e reavaliação pós-intervenção)

4º Problema D.O.	Avaliação inicial	Avaliação final
	(n=19)	(n=19)
Auto cuidado (AC)	4	4
Actividade de Lazer (AL)	7	6

Cinco participantes afirmaram na reavaliação ter cinco problemas no D.O. Destes, a maioria considera as actividades da área do lazer como as mais significativas (Tabela 14).

Tabela 14: Frequência do quinto problema (Avaliação e reavaliação pós-intervenção)

1º Problema D.O.	Avaliação inicial	Avaliação final
	(n=19)	(n=19)
Auto cuidado (AC)	2	2
Actividade de Lazer (AL)	4	3

A tabela 15 mostra a comparação entre as notas de desempenho e satisfação referidas durante a avaliação inicial e a reavaliação (pós intervenção).

Tabela 15: Pontuações de desempenho e de satisfação (Avaliação e reavaliação)

Dimensão	Avaliação (n=19)		Reavaliação (n=19)	
	Mediana	Mín. - Máx.	Mediana	Mín. - Máx.
Desempenho	3,7	1 - 9,7	3,7	1 - 10
Satisfação	2,2	1 - 6,3	3	1 - 6

Apesar da reduzida dimensão da amostra, comparámos as pontuações médias no que respeita ao desempenho e à satisfação obtidas antes e depois da intervenção. As diferenças não foram significativas (tabela 16).

Tabela 16: Médias de desempenho e de satisfação (Avaliação e reavaliação) – Teste de Wilcoxon

Dimensão	Avaliação (n=19)		Reavaliação (n=19)		P (Wilcoxon)
	Média	DP	Média	DP	
Desempenho	4,0	2,5	4,0	2,6	0,891
Satisfação	2,7	1,7	3,0	1,7	0,100

VI – DISCUSSÃO

Este estudo teve como objectivo geral “Estudar as necessidades ocupacionais em idosos institucionalizados, incluindo a sua evolução temporal”.

Relativamente ao primeiro objectivo específico: “Identificar os principais problemas de desempenho ocupacional percebidos numa amostra de idosos institucionalizados”, os dados obtidos revelam que as necessidades ocupacionais, aqui consideradas como as actividades diárias que os entrevistados descrevem como mais significativas, estão relacionadas principalmente com a realização das tarefas quotidianas, com maior relevância para as actividades da área do auto cuidado.

Na avaliação inicial do estudo, a maioria dos entrevistados afirmou ter mais dificuldades relacionadas com a realização das AVD's, principalmente no que se refere a área do auto cuidado, por exemplo os cuidados pessoais (higiene e vestuário e cuidar da aparência) e a mobilidade funcional (locomoção).

Os dados estão em conformidade com o estudo de Gonçalves (2000), no qual 60% dos entrevistados afirmam que a realização das actividades quotidianas se constitui num problema; as actividades apontadas mais frequentemente como problemáticas para os idosos são as actividades da vida diária (cuidados pessoais, mobilidade e vestuário).

As actividades da área do lazer, principalmente relacionadas com a costura e ir à missa, representam a segunda categoria mais citada como problemática. Outros estudos também afirmam que os idosos valorizam as ocupações relacionadas ao auto cuidado e ao lazer (Atwal *et al.*, 2003; Carswell *et al.*, 2004)

Quanto ao objectivo “Avaliar se existem alterações na forma como os idosos institucionalizados percebem o desempenho ocupacional e o grau de satisfação com este desempenho após a participação no Programa de Actividades Terapêuticas”, foi possível constatar pequenas alterações em algumas das notas atribuídas ao desempenho e ao grau de satisfação com este no desenvolvimento das actividades diárias.

O programa de actividades terapêuticas, descrito na secção dos procedimentos, sofreu algumas alterações mediante as avaliações com a COPM, somente nos atendimentos em grupo. Foram incluídas algumas actividades, nomeadamente no que se refere a área do lazer; houve também a necessidade de se investir em formação de alguns profissionais que lidam directamente com os utentes; foi também dado maior ênfase às actividades psicomotoras que estimulam a independência nas AVD's.

Seguimos com a descrição das alterações realizadas no programa de actividades terapêuticas aplicado após a avaliação com a COPM.

Barreto & Tirado (2006) afirmam que após a avaliação e a identificação das necessidades funcionais, o Terapeuta Ocupacional elabore o plano de intervenção com o

intuito de estimular as funções preservadas e de desenvolver mecanismos compensatórios para as funções alteradas. Deve ainda procurar manter, restabelecer e/ou melhorar o desempenho ocupacional e prevenir ou retardar o declínio funcional.

Embora não nos tenha sido possível alterar o programa de actividades terapêuticas de modo a atender a todas as áreas de interesses dos participantes, ou de modo a satisfazê-los integralmente, o novo programa de actividades foi reformulado de modo a reunir as principais questões identificadas por eles como de maior relevância para um quotidiano mais participativo e satisfatório.

A importância em adaptar as actividades realizadas de modo a ir de encontro à percepção dos entrevistados é reforçada por outros autores que afirmam que a melhoria na qualidade de vida e a participação dos idosos advém de um programa de actividades que seja de seu interesse e que se identifique com a sua realidade socioeconómica e cultural (Lima, 2006; Bulton-Lewis *et al.*, 2006).

Como já foi referido anteriormente, as actividades quotidianas foram citadas como as mais significativas. Nesse sentido constituíram o principal alvo da intervenção terapêutica.

É necessário referir que a rotina do ambiente institucional foi citada por alguns dos entrevistados como um factor que muitas vezes dificulta ou limita a participação destes nas actividades quotidianas e/ou a independência funcional. Os relatos da maioria dos participantes dão conta que algumas ajudantes de lar (funcionárias responsáveis pelo cuidado directo dos utentes) não facultavam a participação destes na rotina já estabelecida. Durante a prestação dos cuidados de higiene matinais, algumas destas funcionárias agiam como se estivessem sempre a lidar com pessoas incapacitadas, independentemente do nível de funcionalidade do utente, ou seja, não consideravam a possibilidade dessa pessoa poder participar no momento da realização dos cuidados.

Este entrave vai contra os pressupostos da terapia ocupacional que determina que os seres humanos têm uma natureza ocupacional, com uma necessidade inata de participar e se envolver em ocupações que consideram significativas, relacionadas com a saúde e sobrevivência (Wilcock, 1993).

O Terapeuta Ocupacional considera as actividades quotidianas como parte integrante da vida do Homem. Assim, não basta apenas treinar o desempenho, é fundamental entender a sua história de vida, os seus desejos, as suas necessidades, os seus medos e as suas habilidades. Somente nesta perspectiva é possível delinear um plano que atenda aos anseios dos clientes de modo a favorecer as capacidades remanescentes de cada um.

As actividades de vida diária aqui não são estimuladas de forma isolada, mas sim dentro do contexto holístico. Com base nisto, era imperativo intervir sobre o modo de agir de algumas ajudantes de lar e sugerir alterações na rotina matinal das residências que favorecessem a participação e o envolvimento dos utentes.

Promover mudanças nos hábitos já consolidados pelos automatismos gerados pela rotinização das tarefas realizadas pelas ajudantes não seria tarefa fácil e certamente exigiria algum tempo. Sugerimos, assim, dar início a um trabalho de sensibilização, orientação e formação contínua a estas funcionárias de modo a prestarem uma melhor assistência, principalmente no que se refere à higiene, a fim de desenvolverem práticas que promovessem a independência e uma maior liberdade de acção dos utentes, para ir de encontro às necessidades citadas por alguns entrevistados no que toca à realização das AVD's, por parte daqueles que são independentes ou capazes de participar.

As actividades da área do lazer configuraram a segunda categoria mais citada. A maioria dos entrevistados não tinha oportunidade ou não reunia condição física e/ou financeira para desenvolver uma actividade de lazer periódica ou até mesmo esporádica.

Desde o início da intervenção nas residências reconhecemos que as actividades de lazer tinham um papel fundamental para favorecer as relações interpessoais e a interacção social, para além de, em concordância com outros estudos, ampliar o sentimento de pertença social e promover significativa melhora na qualidade de vida dos idosos (Vaz, 2009; Rodrigues, 2002). Porém, a implementação e a gestão deste tipo de actividades pode estar limitada quando o terapeuta ocupacional tenha uma nacionalidade diferente (como aconteceu no presente estudo), podendo acarretar menor conhecimento acerca da cultura e dos locais adequados para os idosos.

De posse dos dados obtidos com a COPM, e mediante uma sensibilização dos responsáveis pela instituição quanto à necessidade de se obter um auxílio profissional que pudesse facilitar o acesso a actividades de lazer destinadas ao público em causa, estabelecemos um plano de actividades direccionadas também ao lazer, agregado ao programa de actividades terapêuticas de modo a contemplar ainda mais as necessidades apontadas por alguns entrevistados.

Assim, o lazer passou a integrar o programa de actividades que agora proporciona quatro actividades por mês, realizadas dentro e fora das instalações das residências.

As opções de lazer contemplaram idas ao teatro, visitas a museus, bailados, passeios em jardins, igrejas, lugares históricos e culturais da cidade de Lisboa. No interior das instalações das residências eram realizadas principalmente actividades que valorizam as datas comemorativas e as festividades relacionadas com a cultura portuguesa.

Proporcionámos também encontros eventuais com grupos de Universidades da Terceira Idade através da participação em apresentações em festividades nas residências com dança e música.

As actividades festivas, culturais e temáticas davam ênfase às datas comemorativas; valorizaram a cultura e promoveram uma maior interacção com a história do povo português; estas actividades tiveram lugar de destaque, não só por terem sido promotoras

de momentos de lazer, descontração e interação social, mas também por terem permitido a reestruturação de um novo quotidiano que favorecia a inclusão (Lima & Brunello, 2001; Tirado & Drummond, 2008).

É importante destacar que também valorizámos a intergeracionalidade como uma actividade de estimulação e também como opção de lazer, por se constituir num material efectivo para fomentar um envelhecer activo e com boa qualidade. Desenvolvemos assim um programa com uma escola infantil dos arredores de umas das instituições, denominado *Projecto IntegridADE*. Este projecto seria realizado com um grupo de aproximadamente 30 crianças com idades entre os cinco e os seis anos que, divididas em pequenos grupos, visitavam uma das residências pelo menos uma vez por mês.

Os programas intergeracionais são valorizados por diversos autores que enfatizam que estes oferecem oportunidades para trocas de experiências e aprendizagem entre as gerações envolvidas, considerando a aproximação destas gerações como um instrumento eficaz, com efeito, de inclusão social e o desenvolvimento da comunidade (UNESCO, citado por Hatton-Yeo, 2000).

Segundo Bosi (1987) lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar com imagens e ideias de hoje as experiências do passado e as relações intergeracionais ao promoverem o diálogo e a troca de vivências entre as gerações, permitiram o conhecimento, a aprendizagem e a transformação e reconstrução da tradição.

Os encontros intergeracionais eram previamente planeados entre a educadora responsável pelas crianças e a terapeuta, com actividades estruturadas que proporcionaram interação entre os utentes e as crianças; a ênfase era sobre a valorização da sabedoria de vida dos idosos e a oportunidade de trocar de experiências, além de priorizar a presença das crianças como agentes promotores de um ambiente de alegria e de ajuda mútua.

Os mais velhos ensinaram os seus conhecimentos, transmitiram memórias pessoais e culturais e valores éticos, e as crianças eram possuidoras de uma energia e espontaneidade e também disponibilizavam as transformações culturais e sociais da actualidade.

As crianças demonstraram interesse e respeito pelos mais velhos e estavam sempre disponíveis para os ajudar na realização das actividades. Os relatos demonstraram alegria, por acreditarem que transmitiam alegria e carinho aos idosos e que deste modo lhe proporcionaram tardes mais agradáveis. Os idosos deixaram-se contagiar pelas crianças, permitiram-se brincar e mostraram-se orgulhosos ao contarem factos que faziam parte da história e das experiências vivenciadas ao longo da vida.

Os grupos intergeracionais aconteciam em apenas uma das residências, pela limitação da localização da escola e pela dificuldade em transportar as crianças.

Em contrapartida, a intervenção individual, que já vinha sendo realizada pouco antes do uso da COPM, permaneceu sem sofrer nenhuma alteração. Esta intervenção era

destinada a uma das utentes que necessitava de um treino assistido para alimentação, por não realizar esta actividade, devido a perda progressiva da visão.

É relevante informar que esta utente havia perdido a visão há pouco mais de um ano, e chegou ao lar totalmente dependente para todas as AVD's. Passou por um processo de adaptação à rotina da instituição e a uma sensibilização por parte da terapeuta quanto à importância de realizar as actividades diárias com as suas capacidades remanescentes; esta indicação também foi feita às auxiliares para que estimulassem a participação da utente nas actividades quotidianas. Em seguida foi orientada quanto à possibilidade de adaptar a maneira como se alimentava de modo a ser independente.

A intervenção foi constituída por várias etapas que eram superadas gradativamente; tinha como finalidade a realização de um treino de alimentação. Como recursos para estimulação foram utilizados prato raso e fundo, botões (para simular os alimentos) e uma colher; o objectivo era transmitir confiança e dar oportunidade para que a utente pudesse experimentar/treinar a execução da actividade.

Pelo facto de se considerar incapaz de executar esta actividade e pela descrença quanto aos resultados da intervenção, a rejeição e a falta de confiança no próprio desempenho foram alguns dos entraves. Foram necessárias algumas semanas para que a utente acreditasse na importância deste processo e que a adaptação que seria feita possibilitaria reconquistar uma independência funcional assistida. Ficou claro que iria necessitar de assistência.

Através de estímulos tácteis iniciámos o reconhecimento do prato de sopa, do prato raso e da colher; os botões foram usados para que ela não estivesse preocupada em deixar cair algo da colher, pois este receio foi a justificativa que a utente usou durante algum tempo como razão para não investir no treino de alimentação.

Ultrapassada a fase de estimulação e reconhecimento táctil, passámos ao treino de alimentação. Usámos o prato vazio para que fosse possível a percepção do movimento necessário para levar a colher à boca. Foi um lento e gradativo processo e a cada etapa vencida aumentava a confiança da utente no próprio potencial para a realização da actividade.

A prática com alimentos reais teve início com o café que era servido após o almoço, que também lhe era dado à boca por uma auxiliar.

O lanche da tarde foi a etapa seguinte: iogurte com bolachas, servido numa taça maior, de modo a facilitar a movimentação da colher, e aumentar a sua margem de confiança. O maior receio da utente era deixar cair algum alimento, facto que poderia interferir negativamente no progresso alcançado até o momento.

Durante as primeiras refeições supervisionadas, a presença da terapeuta serviu de estímulo à dedicação, à segurança e ao empenho, além de dar um reforço positivo e promover a satisfação e a confiança da utente diante dos progressos alcançados.

Actualmente, após alguns meses de intervenção, a utente encontra-se independente para a alimentação, necessitando apenas de supervisão. Neste caso específico, a entrevistada afirmou durante a reavaliação com a COPM que, após ter sido acompanhada pela Terapia Ocupacional, através do treino de alimentação, deixou de ter problemas para desempenhar esta função.

No momento da reavaliação (pós intervenção terapêutica), a área do auto cuidado continuou a ser considerada como a mais problemática, seguida também da área do lazer. Estes dados estão em concordância com os resultados de Gonçalves (2000) que verificou que as actividades apontadas como problemáticas na avaliação inicial e na reavaliação pós intervenção foram coincidentes para a quase totalidade dos entrevistados.

Os dados das reavaliações mostraram que após a participação no programa de actividades terapêuticas, **cinco** dos 19 entrevistados apresentaram um aumento nas notas de desempenho e de satisfação para as actividades que consideravam ter dificuldades em realizar.

Para outros **quatro**, houve um decréscimo nas notas de desempenho. Destes, um apresentou queda também na nota de satisfação. Um outro sujeito permaneceu com a nota de satisfação inalterada. Dois apresentaram maior grau de satisfação, mesmo com um declínio no desempenho. Este último sujeito que, mesmo com declínio na nota de desempenho, apresentou melhor nota para satisfação é um facto curioso, não sendo encontrado nenhuma referência validade na literatura. Podemos referir novamente que pode ter tido influência a compreensão acerca do conceito de participação, que valoriza o envolvimento nas actividades diárias, independentemente da existência de um desempenho ocupacional excelente.

Oito dos 19 entrevistados que referiram problemas permaneceram com as notas de desempenho e de satisfação inalteradas após a participação no programa de actividades terapêuticas.

Para **dois** dos entrevistados o desempenho ocupacional permaneceu inalterado e o grau de satisfação apresentou declínio. Este facto não encontra nenhuma explicação válida na literatura consultada. Podemos relacionar o ocorrido às consequências associadas ao declínio que o próprio processo de envelhecimento pode trazer.

O declínio nas notas de desempenho apresentado por alguns dos entrevistados pode estar associado ao ambiente institucional e à prestação de cuidados, confirmados por alguns autores como responsáveis pela dificuldade na adaptação às novas condições, falta

de motivação e pouco ou nenhum estímulo das capacidades remanescentes dos idosos, tendo como consequência um declínio funcional (Araújo & Ceolim, 2007).

Os conceitos estabelecidos pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF (OMS, 2003) determinam que a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção do indivíduo, a limitação de suas actividades, a restrição na participação social e dos factores ambientais que actuam como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas actividades e da participação (Farias & Buchalla, 2005).

Outros estudos concluem que, associado à interferência do ambiente, o declínio no estado geral de saúde também pode afectar negativamente a participação e o envolvimento dos idosos (Perracini & Ramos, 2002; Rosa *et al.*, 2003; McIntyre & Atwal, 2007; Cassiano, 2008; Marques, 2010).

De salientar que o ambiente e a rotina institucional foram citados por alguns entrevistados como factores que limitaram a participação, principalmente no que se refere à execução das AVD's (higiene, vestuário, alimentação e locomoção). Este facto não surpreende e está em conformidade com diversos estudos que apontam a dinâmica institucional como um entrave ao desenvolvimento em actividades de vida diária e que pode levar a alterações nos hábitos de vida dos idosos (Pimentel, 2005; Herédia, Cortelletti & Casara, 2004; Marques, 2010).

Há uma forte evidência empírica que apoia a influência dos factores ambientais e sociais na saúde e no comportamento dos idosos institucionalizados. Deste modo, há que fornecer evidências para apoiar mudanças positivas nas instituições residenciais de maneira a contribuir para a promoção da saúde e bem-estar dos idosos a viver nestas condições (Fernandez-Ballesteros, 1998).

A postura adoptada por algumas auxiliares foi citada pela maioria dos entrevistados como mais um factor que promove a dependência. Esta constatação vai de encontro às observações dos autores que afirmam que a institucionalização, aliada à postura dos auxiliares, podem levar a um aumento do declínio da capacidade funcional dos idosos, bem como influenciar negativamente a sua participação nas actividades proporcionadas pelas instituições (Bonder & Wagner, 2001; Pimentel, 2005; Born & Boechat, 2006; Herédia, Cortelletti & Casara, 2004; Araújo & Ceolim, 2008; Vaz, 2009; Marques, 2010).

Como refere Cassiano (2008), o indivíduo experiente nas suas actividades quotidianas, ao comparar o seu desempenho actual com o desempenho anterior, pode sentir-se inapto; muitas vezes a comparação é feita com o tempo de juventude, o que pode trazer a ideia de que esta aquém daquele desempenho, o que pode levá-lo a sentir-se inapto e ineficiente.

O estado geral de saúde e a deterioração da maioria dos entrevistados dificultam a constatação de alterações sobre a percepção que estes têm do seu desempenho ocupacional.

Três sujeitos referiram que deixaram de ter pelo menos um problema; para dois, receber visitas e/ou visitar familiares deixou de ser um problema. Podemos atribuir esta alteração ao facto de estarem a realizar actividades de lazer com maior frequência, permanecendo menos tempo recolhidos ao ambiente institucional e também receberem visitas tanto de crianças quanto de pessoas mais velhas que configuraram uma reestruturação do quotidiano. Houve ainda um outro sujeito que afirmou que deixou de ter problemas para alimentar-se. Este facto merece destaque por ter sido o principal alvo da intervenção individual (descrita acima) por parte da Terapia Ocupacional.

Não foram repetidas as aplicações do MMSE ou do Índice de Katz durante a reavaliação, pois não era objectivo do estudo documentar o impacto da intervenção noutras variáveis. Não obstante, não foi possível, assim, documentar eventuais alterações dessas variáveis com impacto possível na COPM.

A análise geral das notas da COPM ressalta que na avaliação inicial as notas de desempenho apresentavam mediana igual a 3,75, com mínimo e máximo de 1 e 9,7, respectivamente. A satisfação apresentou mediana de 2,25, com mínimo de 1 e máximo de 6,3. No momento final (reavaliação), o desempenho apresentou novamente mediana igual a 3,7, com mínima igual a 1 e máxima de 10. A satisfação apresentou mediana igual a 3, com mínima de 1 e máxima de 6.

Mesmo que nos tenha sido possível verificar alguma utilidade com a aplicação das actividades terapêuticas, no que se refere a determinadas necessidades de alguns participantes, as notas referidas no momento inicial e na reavaliação não mostram resultados significativos que nos possibilitem afirmar que a intervenção tenha proporcionado benefícios generalizados aos participantes do estudo.

Os objectivos delineados foram alcançados, com ressalva para os dados obtidos pós intervenção não estarem de acordo com as expectativas da terapeuta. Entretanto compreende-se que nem sempre os estudos contemplam os anseios dos seus autores, e neste caso as características da amostra e demais factores, citados a seguir como limitações, podem ter contribuído para os resultados encontrados.

Destacamos que a importância do estudo centra-se no conhecimento e na valorização da percepção dos entrevistados quanto às necessidades relacionadas ao quotidiano de cada um. Reafirmamos que a possibilidade de enfatizar os conceitos relacionados à participação e ao envolvimento nas actividades diárias é fundamental, ressaltando que estes não estão condicionados à existência de um desempenho ocupacional excelente, pois de acordo com Farias & Buchalla (2005), a participação não é automaticamente igualada ao

desempenho. O conceito de envolvimento também deve ser diferenciado da experiência subjectiva do envolvimento (o sentido de “pertencer”). Reforçamos ainda ter se tratado de um estudo com carácter exploratório e cujos resultados não são generalizáveis.

Limitações do estudo

1. Dimensão reduzida da amostra. Por se tratar de uma população em idade avançada e com uma saúde geral muito fragilizada, uma grande parte apresentava *deficit* cognitivo franco. Foram incluídos apenas os residentes que poderiam ter capacidades adequadas para colaborar com a aplicação dos instrumentos da pesquisa. Este facto reduziu em muito a dimensão da amostra (que acabou por ser metade da população de residentes).

2. A não existência de um grupo de controlo para a intervenção, o que limitou ainda mais as conclusões do estudo.

3. As dificuldades na obtenção dos dados clínicos limitam a interpretação de alguns resultados. Dada a constituição da amostra (estado geral de saúde fragilizado), pode ter sido mais difícil documentar benefícios generalizados com a intervenção.

4. A integridade da intervenção pode ter sido prejudicada por factores conjunturais. O tempo entre a avaliação e reavaliação incluiu o período das festividades do final do ano. Isto pode ter acarretado prejuízo para o programa de actividades estruturado de acordo com as necessidades dos clientes.

Recomendações

Tendo em conta os resultados obtidos com o presente estudo consideramos algumas recomendações para investigação na área do envelhecimento e da Terapia Ocupacional.

É fundamental consciencializar a população em geral sobre a importância de se desenvolverem programas de actividades significativas para os idosos institucionalizados, no sentido de promover uma melhoria do bem-estar e da qualidade de vida.

Seria interessante aprofundar o estudo com uma revisão quanto às limitações metodológicas para que fosse possível perceber os determinantes das necessidades ocupacionais e que permitisse fazer correlações com o índice de funcionalidade.

Pretendemos que este trabalho sirva de estímulo a outros profissionais, no intuito de procurarem uma maior compreensão sobre o processo de envelhecimento, suas peculiaridades e necessidades, associados aos efeitos da institucionalização, de forma a direccionarem esforços para promover a autonomia, a independência e a reabilitação deste

grupo de pessoas. Por isso, é tão premente mais investigação e produção científica, ainda incipiente e carente de pesquisas sobre uma questão tão importante da contemporaneidade, quer para a sociedade em geral, quer para os estudiosos e profissionais da saúde e também para aqueles que trabalham e lidam em todas as esferas do cotidiano asilar, com a qual todos ganhariam, principalmente os idosos.

VII – CONCLUSÃO

O aumento do número de idosos e o impacto que a rotina institucional pode ter sobre a participação nas actividades diárias e sobre o desempenho ocupacional configura-se um campo fértil e desafiador, não só para os Terapeutas Ocupacionais, mas também para todos os profissionais que trabalham com residentes nos lares para idosos.

Este estudo permitiu o conhecimento das necessidades ocupacionais, determinadas através das actividades consideradas mais importantes a realizar durante o dia-a-dia, e a percepção sobre os possíveis problemas do desempenho ocupacional nos idosos institucionalizados.

Em relação aos resultados obtidos, constatámos que o auto cuidado é citado por grande parte dos entrevistados como única área significativa e para as quais apresentam problemas de desempenho; uma minoria tem problemas nas três áreas do desempenho (auto cuidado, actividades produtivas e lazer). Verificámos que os participantes do estudo atribuem grande importância às actividades para as quais apresentam dificuldades em realizar; consideram ter baixo desempenho e sentem-se muito insatisfeitos com este desempenho.

Os objectivos aos quais nos propusemos foram parcialmente atingidos, dado que a reduzida dimensão e o perfil clínico da amostra dificultaram a constatação de evidências significativas com a intervenção.

A importância do estudo está relacionada ao desafio de compreender o fazer humano. Estudar as necessidades e dificuldades enfrentadas pela população idosa com o intuito de favorecer o envelhecer activo é tarefa árdua. Porém a actuação com idosos institucionalizados revelou-se gratificante pelas conquistas alcançadas, nomeadamente no que se refere a uma maior compreensão da percepção que estes têm sobre as suas próprias necessidades.

VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, M.O.P.H., Ceolim, M.F. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev. Esc. Enferm. USP*; vol. 41, n. 3, p. 378-85. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. [Consulta: Outubro/2010]
- Atwal, A.; Owen, S.; Davies, R. (2003). Struggling for occupational satisfaction: older people in care homes. *The British Journal of Occupational Therapy*, vol. 66, nº 3, Março, p. 118-124.
- Barreto, K. M. L.; Tirado, M. G. A. (2006). Terapia Ocupacional. In: Freitas, E. V. de et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bonder, B.E.R.; Wagner, M.B. (2001). Functional performance in older adults. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Born, T; Boechat, N.S. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas, E.V. de et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara koogan.
- Bosi, E. (1987). Memória e sociedade: lembranças de velhos. 2. ed. São Paulo: T.A. Queiroz; Editora da USP.
- Bulton-Lewis, G. M. et al. (2006). Learning and active aging. *Educational Gerontology*, Queensland, 32, p. 271-286.
- Carleto, D.G.S., et al., [Tradução] (2010). Estrutura e Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo. *Rev. Triangular: Ens. Pesq. Ext. Uberaba: MG*, v.3,n.2, p. 57-147, jul/dez. 2.ed
- Carswell, A., McColl, M., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollack, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71, 210–222.
- Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos - Relatório 2008. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) / MTSS. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2008.pdf>. [Consulta: Outubro/2010].
- Carta Social (2009). Capacidade das respostas sociais. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt>. [Consulta: Novembro/2010].
- Canadian Performance Measure (COPM) Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock, 1991; 1994; 1998; 2005. Disponível em: www.caot.ca/copm. [Consulta: Setembro/2009].
- Cassiano, J.G. (2008). A contribuição da Terapia Ocupacional para a manutenção da capacidade funcional do Idoso. In: Drummond, A.F.; Rezende, M.B. (Orgs.) *Intervenções da Terapia Ocupacional*. Belo Horizonte, UFMG.
- Castro, E.D.; Lima, E.M.F.A.; Brunello, M.I.B. (2001). Atividades Humanas e Terapia Ocupacional. In: De Carlo, M. M. R. P.; Bartalotti, C.C. (orgs.) *Terapia Ocupacional no Brasil*. São Paulo, Plexus.
- Cavaco, C; Gonçalves, S. (2005). Linhas orientadoras para a prática da Terapia Ocupacional em centros de saúde. *Re (habilitar) – Revista da ESSA*, nº 1, Edições Colibri, pp. 25-48.
- Chung, J.C.C. (2004). Activity Participation and Well-being of People With Dementia in Long-Term-Care Settings. *OTJR*; Winter 2004; 24, 1; p.22.

- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) – Classificação detalhada com definições, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Direcção – Geral de Saúde (2003).
- Costa, G.A. Tríplice Visão do Envelhecimento: Longevidade, qualidade de vida e aspectos biopsicossociais da Velhice. *Revista Sobama*, 2004.
- Correia, P. S. S. (2007). Velhos são os trapos. Disponível em: http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0340. [Consulta: Agosto/2010].
- De Carlo, M. M. R. P.; Bartalotti, C.C. (orgs.) (2001) *Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001.
- Dias, E.G; Duarte, Y.A.O; Lebrão, M.L. (2010). Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. *O Mundo da Saúde*, vol. 34, nº 2, p. 258-267.
- Drummond, A. F; Rezende, M. B (organizadoras) (2008). *Intervenções da Terapia Ocupacional*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Duarte, M.; Paúl, C. (2006-2007) Avaliação do ambiente institucional – público e privado: estudo comportamental dos idosos. *Rev. Transdisciplinar Gerontologia*. Ano I, vol. I, Dez/Maio.
- Duarte, Y.A.O; Diogo; M.J.D. (2005). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- Ekholm, A. (2010). The future need for care: results from the LEV – Project. Regering Skansliet – Government Office of Sweden.
- Farias, N; Buchalla, C. M. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas.
- Fernandez – Ballesteros, R. (1998). “Personal and environmental relationships among the elderly living in residential settings”. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 26. Elsevier Science Ireland.
- Fernandes, A. & Botelho, M. (2007). Envelhecer activo, envelhecer saudável. *O grande desafio Sociológico*, n. 17: 11-16.
- Ferrari, M.A.C. Lazer e ocupação do tempo livre. In: Papaléo Netto M. (1996). *Gerontologia*. São Paulo. Atheneu.
- Ferreira, J.; Clos, M. B. (2006). Serviço Social e Terapia Ocupacional: trabalho interdisciplinar no combate à depressão em uma instituição de longa permanência para idosos. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigos1593.htm>. [Consulta: Outubro/2010].
- Ferriotti, M. L. (2001). Atuação da Terapia Ocupacional no corpo sujeitado. *O mundo da saúde*, vol. 25, nº 4, p. 389-393.
- Francisco, B.R. (2001) *Terapia Ocupacional*. Campinas: Papirus.
- Freitas, D.C.C.V (2010). Vulnerabilidade e resiliência em idosos institucionalizados. *Revista Kairós*, São Paulo, Caderno Temático 7, Junho.
- Fonseca, A. M. (2004). Desenvolvimento humano e envelhecimento, *Manuais Universitários 35*, Lisboa, Climepsi Editores

- Goffman, E. (2001). *Manicômios, Prisões e Conventos*. 7.ed. São Paulo: Perspectiva.
- Gonçalves-Pereira M, Fernandes L, Leuschner A, Barreto J, Falcão D, Firmino H, Mateos R, Orrell M. Versão Portuguesa do CANE (*Camberwell Assessment of Need for the Elderly*): Desenvolvimento e dados preliminares. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2007; 5(1): 7-18.
- Gonçalves, S. (2000). *Desempenho ocupacional e percepção da saúde e bem-estar* Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Guerreiro, M.; Silva, A.P; Botelho M.; Leitão, O; Castro, Caldas, A; Garcia, C. (1994). Adaptação à população da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*.
- Guerreiro, M. *et al.* (2008). Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências. *Escala e Testes na Demência*. Lisboa: GEECD.
- Hagedorn, R. (2007). *Ferramentas para a Prática em Terapia Ocupacional: uma abordagem estruturada aos conhecimentos e processos centrais*. São Paulo: Rocca.
- Harlowe, D. (2004). *Terapia Ocupacional na Prevenção de Lesões e Disfunções Físicas*. In: Pedretti, L. W.; Early, M. B. *Terapia Ocupacional: Capacidades práticas para disfunções físicas*. São Paulo: Roca.
- Hatton-Yeo, A. *Intergenerational Programs: public policy and research implications. An Intergenerational Perspective*. The UNESCO Institute for Education. The Beth Johnson Foundation (2000)
- Heller, A. (1992). *O cotidiano e a história*. 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Herédia, V.B.M., Cortelletti, I.A., Casara, M.B. (2004) *Institucionalização do Idoso: Identidade e Realidade*. In: Herédia, V.B.M., Cortelletti, I.A., Casara, M.B. *Idoso asilado. Um estudo gerontológico*, Caxias do Sul, Educ.
- INE (2002) *O Envelhecimento em Portugal: Situação sócio-demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2008). *Estatísticas Demográficas – 2007*. Lisboa.
- INE (2009). *Anuário Estatístico de Portugal*. Edição 2010. Disponível em: www.ine.pt. [Consulta: Abril/2010].
- Jacob, L. (2001). *Os serviços para Idosos em Portugal*. Dissertação de Mestrado, ISCTE.
- Kielhofner, G. and Burke, J. (1980). A Model of Human Occupation, Part I. Structure and Content. *American Journal of Occupational Therapy*, 34, 572-581.
- Kielhofner, G. (2002). *Model of human occupation – Theory and application*. 3 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock. (1991; 1994; 1998; 2005). *Canadian Performance Measure (COPM)*. Disponível em: www.caot.ca/copm. [Consulta: Junho/ 2010].
- Law, M.; Polatajko, H; Pollock, N. McColl, M. A.; Carswell, A. & Baptiste, S. (1994) *Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure: Clinical and measurement issues*. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 61, 197-7.
- Law, M.; Polatajko, H; Pollock, N. McColl, M. A.; Carswell, A. & Baptiste, S. (1998). *Canadian Occupational Performance Measure (3ª ed)* Toronto, ON: CAOT Publications ACE.

- Lawton, M.P. (1985). Activities and leisure. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 5, 127-164.
- Lima, M. P. (2006). *Posso Participar? Atividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto, 2 ed. Âmbar.
- Lobo, A.; Pereira, A. (2007) Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão física. *Rev. Referencia*, II Série, n. 4. Jun.
- Magalhães, L.V. (2003) Instrumentos de Avaliação em Terapia Ocupacional: implicações culturais da utilização da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional no Brasil (COPM / MCDO).
- Magalhães, L.V.; Cardoso, A. A.; Magalhães, L. C. (2009) [organização e tradução]. *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) / Mary Law [et al.]*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Marques, P.W.C. (2010). *A animação e a ocupação dos idosos institucionalizados (Lar de Idosos)*, Dissertação da Tese de Mestrado em Gerontologia Social, Instituto Superior Bissaya-Barreto, Coimbra.
- McColl, M. A. *et al.* (2000). Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67, p. 22-30.
- McColl, M. A. *et al.* (2003). *Theoretical basis of occupational therapy*. 2ed. Thorofare, N.J: Slack Incorporated.
- McIntyre, A; Atwal A. (2007). *Terapia Ocupacional e a terceira idade*. São Paulo, Santos.
- Ministério da Segurança Social e do trabalho. (2006). *Respostas sociais – nomenclaturas e conceitos*. Lisboa, Portugal: Direcção Geral da Segurança Social, da Família e da Criança.
- Montagner, M. (2008). *Papel da Terapia Ocupacional nas Instituições de Longa Permanência*. Disponível em: <http://www.medicinageriatrica.com.br/tag/terapia-ocupacional/>. [Consulta: Abril/2010].
- Moreira, M.F.C. (2008). *O envelhecimento e o seu impacto na habitação – prospectiva até 2050*, Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/2639>, Repositório UNL. [Consulta: Setembro/2010].
- Morgado, J. *et al.*, (2009). *Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination*. *Sinapse*, v.9, nº 2.
- Nazareth, J. (1994). *O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa*. *Geriatrics – Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*.
- NEDDI . Disponível em www.eef.efmg.br/neiddi/index.htm.
- Nelson, C.N. (2005). *Envelhecimento Bem-Sucedido e Envelhecimento com Fragilidade*. In: RAMOS, L.R. *Guia de Geriatria e Gerontologia*. São Paulo: Manole.
- Netto, F.L.M. (2004). *Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso*. *Pensar a Prática*, vol. 7, p. 75-84, Março.
- OMS - Organização Mundial da Saúde - *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2005.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Genebra: OMS, 2001.

- Paúl, C. (1997). Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social, *Sociologia*, n.15, Faculdade de Letras, Porto.
- Paúl, C.; Fonseca, A. M (2005). *Envelhecer em Portugal, Manuais Universitários 42*, Lisboa, Climepsi Editores
- Pedretti, L. W.; Early, M. B. (2004). Terapia Ocupacional: Capacidades práticas para disfunções físicas. São Paulo: Roca.
- Perracini, M.R., Ramos, L.R. (2002) Fall-related, factors in a cohort of elderly community residents. *Rev. Saúde Pública*, v.36, nº6, p.709-716.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: 2 Ed. Quarteto.
- Resende, M. J. P. (2009). Desempenho Ocupacional e Fibromialgia: Intervenção em Equipa Multidisciplinar, Contributo da Terapia Ocupacional, Dissertação da Tese de Mestrado em Comunicação e Saúde, Universidade Aberta, Lisboa.
- Rodrigues, M.C. (2002). O lazer e o idoso: uma possibilidade de intervenção, Tese de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
- Rosa, T.E.C., Benício, M.H.D., Latorre, M.R.D.O., Ramos, L.R. F.(2003) Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*, vol.37, nº 1, p. 40-48. [Em linha] <http://www.fsp.usp.br/rsp>. [Consulta: Janeiro/2009]
- Soares, E. *et al.*, (2010). Projeto de Memória e Envelhecimento: capacitando profissionais e aprimorando aspectos cognitivos em idosos institucionalizados. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 62-73, jan/abr.
- Sumsion, T. (1999). *Client-centered practice in occupational therapy: A guide to implementation*. London: Churchill Livingstone.
- Townsend, E. A; Polatajko, H.J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*, Ottawa, CAOT Publications, ACE.
- Theodoro, A. M. (2005) O impacto da Doença de Parkinson sobre o desempenho ocupacional: ferramentas para a avaliação em terapia ocupacional, Monografia de Graduação, Centro Universitário Claretiano, Batatais.
- Tirado, M.G.A. e Drummond, A.F. (2008) Intervenção do Terapeuta Ocupacional em instituições de longa permanência para idosos. In: Drummond, A. F. e Rezende, M. B. [Orgs] *Intervenções da Terapia Ocupacional*, Belo Horizonte, UFMG.
- Tiveron, R. M. (2008). A Terapia Ocupacional no Campo da Gerontologia: uma contribuição para a revisão de projetos de vida, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP.
- Vaz, S. (2009). A depressão no idoso institucionalizado: Estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança, Dissertação da Tese de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e das Ciências de Educação, Universidade do Porto.
- Vivian, A. S; Argimon, I. I. L. (2009). Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e factores associados em idosos institucionalizados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 25, nº 2, p. 436-444, fev.

- Ximenes, M.A.; Côrte, B. (2007) A instituição asilar e seus afazeres cotidianos – um estudo de caso. *Estud. Interdiscip. Envelhec., Porto Alegre*, v. 11, p. 29-52.
- Wilcock, A. (1993). A theory of the human need for occupation. *Journal of Occupational Science*, vol. 1, p. 17-24.
- Wressle, E. *et al.* (2002). Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centered goal formulations structure. *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 34, p.5-11.

IX – ANEXOS

ANEXO A – CONTEÚDOS ABREVIADOS DAS DIMENSÕES DA COPM(Law *et al.*, 1994, citado por Gonçalves, 2000)

DIMENSÃO	ITEM	CONTEÚDO ABREVIADO	POSSIBILIDADE DE RESPOSTA
Identificação dos problemas nas áreas de D.O.	1a	AVD (cuidados pessoais, mobilidade funcional e gestão/mobilidade na comunidade)	O indivíduo poderá indicar qualquer problema que tenha para realizar as actividades do dia-a-dia. Estes problemas serão depois, classificados nestas áreas pelo entrevistador
	1b	Actividades Produtivas (trabalho remunerado/não remunerado, gestão doméstica e jogo/escola)	
	1c	Actividades de Lazer (recreação calma e activa e socialização)	
Importância dos problemas	2	Atribuir uma cotação a cada problema anteriormente identificado, relativamente à importância que esse problema assume na sua vida	1 – Nada Importante até 10 – Extremamente Importante
Pontuação do desempenho e da satisfação	3	Seleccionar, entre os problemas referidos nos itens 1a, 1b, 1c, os cinco mais importantes	Ordenar os problemas de 1 até 5
		Atribuir cotação relativamente ao desempenho em cada um desses problemas	1 - Não consigo realizar até 10 – Realizo extremamente bem
		Atribuir cotação relativamente a satisfação que tem com o desempenho nesses problemas	1 - Nada satisfeito até 10 – extremamente satisfeito
	4	Repetição do passo 3 em situação de reavaliação	

ANEXO B – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA

IDENTIFICAÇÃO:

Número de ordem: _____

Nome: _____

Sexo: M F

Etnia: _____

Local (Freguesia ou Concelho): _____

Data de nascimento: _____ 5. Idade: _____

Estado civil: _____

Cônjuge - Idade: _____

Tem filhos: SIM NÃO Quantos: _____ Idades: _____

Tem netos e/ou bisnetos: SIM NÃO Quantos: _____ Idades: _____

Tempo de institucionalização:

8.1. Esteve em outras instituições antes desta: SIM NÃO

8.2. Tempo nesta instituição: _____

8.3. Tempo total: _____

Onde residia antes de vir para o lar: _____

Que tipo de serviços usufrui na instituição: _____

Encaminhamento (de onde veio): _____

HISTÓRIA OCUPACIONAL:

Escolaridade: _____

História Profissional:

13.1. Actividade principal: _____

13.2. Última actividade: _____

Tipo de rendimento: _____

HISTÓRIA CLÍNICA:

14. Diagnóstico:

A) Neuropsiquiátrico

Demência

Depressão

Outras:

Não especificado

Alzheimer

Vascular

Mista

Outras _____

B) Outras doenças:

HTA

Cardiopatia

- Diabetes
- Doenças Osteo-articulares
- Outras:

FÁRMACOS EM USO:

15. Psicofármacos:

15.1. Antidemenciais

- Inibidores das colinesterases (Ex: ARICEPT, REMINYL, EXELON, PROMETAX)
- Memantina (AXURA, EBIXA)

15.2. Outros psicofármacos: _____

15.3. Outros fármacos: _____

ANEXO C - ÍNDICE DE KATZ

NOME: _____ DATA: _____

1. BANHO (Banho no leito, chuveiro ou banheira)

- (I) Não precisa de ajuda
- (A) Precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (costas ou pernas)
- (D) Precisa de ajuda para higiene completa

2. VESTIR-SE (Pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas e roupas externas)

- (I) Pega as roupas e se veste sem nenhuma ajuda
- (A) Pega as roupas e se veste sem ajuda, com exceção de amarrar os sapatos
- (D) Precisa de ajuda para pegar as roupas ou para se vestir, ou fica parcialmente ou completamente não vestido

3. IR A CASA DE BANHO (Dirigir-se a casa de banho; fazer a higiene e vestir-se após as eliminações)

- (I) Vai a casa de banho, limpa-se e veste-se sem ajuda (mesmo usando objecto de apoio)
- (A) Recebe ajuda para ir a casa de banho, ou para limpar-se, ou para vestir-se
- (D) Não vai a casa de banho para fazer as suas necessidades

4. TRANSFERÊNCIA

- (I) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira, sem ajuda (pode usar objecto de apoio)
- (A) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira, com auxílio
- (D) Não sai da cama

5. CONTINÊNCIA

- (I) Controla a urina e a evacuação por si
- (A) Tem “acidentes” ocasionais
- (D) Necessita de supervisão para controlar urina e fezes, ou é incontinente

6. ALIMENTAÇÃO

- (I) Alimenta-se sem ajuda
- (A) Alimenta-se com ajuda (para cortar a carne ou passar manteiga no pão)
- (D) Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda