

Animação e Terapias na Terceira Idade Relação com a Multifuncionalidade

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Cláudia Isabel Reis Paixão

MESTRADO EM GERONTOLOGIA - ESPECIALIDADE EM GERONTOLOGIA SOCIAL



UNIVERSIDADE da MADEIRA

A Nossa Universidade

www.uma.pt

Setembro | 2012

053.9
Ami
-R

Animação e Terapias na Terceira Idade **Relação com a Multifuncionalidade**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Cláudia Isabel Reis Paixão

MESTRADO EM GERONTOLOGIA - ESPECIALIDADE EM GERONTOLOGIA SOCIAL

ORIENTAÇÃO

Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim

CO-ORIENTAÇÃO

Bruna Raquel Figueira Ornelas Gouveia
Ana Filomena de Matos Natividade Carvalho

Índice de siglas

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diárias

ASC's – Actividades Socioculturais

AVD's – Actividades de Vida Diárias

DREM – Direcção de Regional de Estatística da Madeira

DRS – Direcção Regional de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OARS – Older Americans Resources and Services. Multidimensional Functional

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

QAFMI – Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos

RAM – Região Autónoma da Madeira

SCMM – Santa Casa da Misericórdia de Machico

TO – Terapia Ocupacional

USM – Universidade Sénior de Machico

Só engrandecemos o nosso direito à vida cumprindo o nosso dever de cidadãos do mundo.

Mahatma Gandhi

Agradecimentos

Ao longo desta caminhada foram vários aqueles que me deram força, motivaram e acima de tudo estiveram sempre do meu lado, pelo que merecem todo o meu reconhecimento e gratidão.

Em primeiro lugar aos meus pais, Joaquim e Monte Paixão, e irmão Miguel Paixão pela paciência e pela forma com que me deram o incentivo, a compreensão, a dedicação e todo apoio prestado, pois sem eles não teria conseguido atingir este patamar.

Às professoras que ao longo deste triénio me têm vindo a acompanhar em especial à Professora Doutora Helena Jardim, à Professora Ana Natividade e à Professora Bruna de Gouveia por toda a disponibilidade, receptividade, delicadeza empenho e disponibilidade ao longo deste trabalho.

À Misericórdia de Machico, na pessoa do Provedor desta Instituição Sr. Luís Delgado pelo voto de confiança e apoio para a concretização deste estudo.

À Universidade Sénior de Machico, na pessoa do Sr. Presidente da Junta de Freguesia Dr. Ricardo Sousa e à colaboradora deste projecto Dra. Maria por toda a colaboração prestada, desde a autorização para a realização do estudo à colaboração na aplicação dos materiais.

Aos Idosos que mostraram e sempre estiveram disponíveis em colaborar neste estudo.

À minha Chefe e grande amiga Dra. Eulália Remesso pela sua disponibilidade, colaboração, incentivo, confiança, força e por todo o apoio que me depositou desde o início desta caminhada.

À grande equipa de Animação da Misericórdia de Machico, colegas e amigos que estiveram sempre comigo, a eles um muito muito obrigado pelos gestos e palavras que me ajudaram a continuar a caminhada.

A toda a equipa da Misericórdia de Machico, mas em especial à Énia Spínola e Rubina Caldeira por estarem sempre lá nos momentos de maior agonia.

Por último, mas não menos importante aos amigos que me acompanharam ao longo desta caminhada e que sempre me disseram “ calma, tu consegues” - Albino Viveiros, Ana Piedade, Cristina Gouveia, Humberto Guerreiro, Margarida Figueira, Marisol Gonçalves, Nídia Lima, Ricardo Reis, Ruben Lança, Sónia Alves, Sónia Domingos - pois sem eles esta caminhada não teria o mesmo significado.

Resumo

O envelhecimento populacional está associado a necessidades de saúde, incluindo aspectos ligados à realização das actividades diárias e as actividades socioculturais enquanto vertente ocupacional.

O presente estudo procurou analisar a funcionalidade dos idosos, como também observar a relação das actividades socioculturais enquanto um fomento da funcionalidade do idoso ao nível da saúde física e mental, de uma amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

O instrumento utilizado foi a OARS, desenvolvido para possibilitar uma avaliação da capacidade funcional em cinco áreas essenciais na qualidade de vida do idoso: recursos sociais (com ou sem participação em grupos de actividades Socioculturais); recursos económicos; saúde mental; saúde física e actividades de vida diárias.

Num estudo realizado a 47 indivíduos com idades superiores a 65 anos que frequentem qualquer instituição, deparamo-nos com uma predominância de indivíduos do sexo feminino em relação sexo masculino, representando, respectivamente, 72% e 28% da população em estudo.

Em relação às idades, estas variam entre os 65 e os 85 e mais anos, sendo que a distribuição da média por idades assenta na classe etária compreendida entre os 70 e os 74 anos, com um desvio padrão de 3,45 anos.

Este estudo permitiu o conhecimento das necessidades determinadas através das AVD's e das ASC's consideradas mais importantes, assim como a percepção sobre as possíveis influências destas no desempenho funcional dos idosos.

No que concerne aos resultados obtidos, constatou-se que não existe uma significância relevante entre a influência do meio onde estão inseridos os idosos e a funcionalidade.

Palavras-chave: Envelhecimento, funcionalidade, actividades de vida diárias e actividades socioculturais.

Abstract

Population aging is associated with health needs, including aspects related to the execution of daily activities and socio-cultural activities while occupational strand. The present study sought to analyze the functionality of the elderly, but also observe the relationship of socio-cultural activities while an encouraging feature of the elderly in terms of physical and mental health in a sample of non-institutionalized and institutionalized elderly.

The instrument used was the OARS, developed to enable an assessment of functional capacity in five key areas of quality of life of the elderly: social resources (with or without participation in group activities Sociocultural); economic resources; mental health, physical health and activities of daily life.

In a study in 47 subjects aged over 65 who attend any institution, we are faced with a predominance of females over males, representing, respectively, 72% and 28% of the study population.

Regarding ages, these vary between 65 and 85 and more years, and the distribution of ages based on the average per age group between 70 and 74 years, with a standard deviation of 3.45 years.

This study allowed us to know the needs determined by the ADL's and ASC's considered more important, as the perception about the possible influences of these functional performance of elders.

Concerning the results obtained, it was found that there is no significant influence of material between which are inserted through the elderly and functionality.

Keywords: Aging, function, activities of daily living and socio-cultural activities.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
1. VELHICE E ENVELHECIMENTO	4
2. ENVELHECIMENTO E FUNCIONALIDADE	12
2.1. Recursos Sociais.....	16
2.2. Recursos Económicos	19
2.3. Saúde Mental	20
2.4. Saúde Física.....	22
2.5. Actividades de vida diárias e Socioculturais.....	24
3. ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL ENQUANTO TERAPIA OCUPACIONAL GERONTOLOGICA PROMOTORA DA FUNCIONALIDADE	25
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	32
1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	33
1.1. Tipo de estudo	33
1.2. Finalidade do estudo	33
1.3. Questões de investigação e Objectivos	33
1.4. Hipóteses.....	34
1.5. Variáveis	34
1.6. População e Amostra	35
1.7. Material e Métodos	35
1.7.1. Modelo de Avaliação OARS	36
1.7.1.1. Versão portuguesa da OARS.....	37
1.8. Procedimentos e Considerações éticas	37
1.9. Procedimentos estatísticos.....	39
2. ANÁLISE DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	40
2.1. Caracterização da amostra:	40
2.2. Distribuição da amostra no que respeita à multifuncionalidade.....	41

2.3. Interpretação dos resultados dos testes de hipóteses	41
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
CONCLUSÃO	53
BIBLIOGRAFIA	55
Anexos	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Composição da amostra relativamente ao endereço do questionário.....	40
Tabela 2 – Composição da amostra relativamente ao escalão etário	41
Tabela 3 – Composição da amostra relativamente à instrução.....	41
Tabela 4 – Distribuição da amostra no que respeita à funcionalidade.....	41
Tabela 5 - Teste da normalidade da relação entre a capacidade funcional e a classe etária.....	42
Tabela 6 - Diferença de médias entre a capacidade funcional e a classe etária (teste Kruskal-Wallis para amostras independentes).....	42
Tabela 7 - Testes estatísticos.....	43
Tabela 8 – Teste da normalidade da relação entre a capacidade funcional e as habilitações literárias.....	43
Tabela 9 - Diferença de médias entre a capacidade funcional e a classe etária (ANOVA para amostras independentes).....	44
Tabela 10 – Teste da normalidade da relação entre participação em actividades socioculturais e a funcionalidade dos idosos da SCMM, da USM e da comunidade.....	44
Tabela 11 – Testes estatísticos.....	45
Tabela 12 - Teste da normalidade entre a saúde física, a saúde mental, as actividades de vida diárias e socioculturais dos idosos da SCMM, da USM e da comunidade e o nível de funcional.....	45
Tabela 13 – Testes estatísticos entre a saúde mental e o local de residência.....	45
Tabela 14 – Testes estatísticos entre a saúde física e o local de residência.....	46
Tabela 15 – Testes estatísticos AVD's e ASC's	46
Tabela 15 – Testes estatísticos AVD's e ASC's	46
Tabela 16 – Nível de funcionalidade por local de residência	46

INTRODUÇÃO

O Homem pertence a um grupo social limitado por fronteiras geográficas, valores e interesses em que os seus membros interagem entre si (CDSS, 2010), pelo que se depreende que as comunidades devem assumir, envolver-se e criar respostas aos problemas dos cidadãos que a integram, principalmente os idosos.

A longevidade do Homem tem vindo a aumentar. A cada nova etapa vive-se mais, prolonga-se o tempo da existência ao máximo, mas, por outro lado, grande parte das pessoas não querem ficar velhas, pois temem as agruras comumente associadas ao envelhecimento e desprezam-se por considerarem que essas imperfeições apenas acontecem aos outros. Entretanto, considera-se que compreender este processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível é um acto emergente e necessário (Costa, 2004).

O envelhecimento carrega em si o estigma da perda – a perda de capacidade funcional, da visão, da audição e até mesmo dos entes queridos, pelo que, faz parte do senso comum perceber este processo como uma fase assombrada das “perdas”, daí que, o ritmo do declínio das funções orgânicas varia de órgão para órgão, bem como entre idosos da mesma idade, verificando-se que o envelhecimento provoca efeitos diferentes de uma pessoa para outra.

Os dois últimos séculos, associados directamente à alteração económica e ao processo de industrialização, modificaram o lugar do idoso na sociedade, pois este deixou de ser detentor de experiência e de sabedoria, passando a representar socialmente o improdutivo, fraco e inútil. Esta nova visão tem sido acompanhada pela criação dos asilos, dos hospitais e actualmente dos lares, dos centros de dia e dos centros de convívio (Correia, 2007).

Segundo Pires (1994) é importante que se criem e apostem estratégias de mudança baseadas em política social que são, também, defendidas pela OMS e que assentam na integração social da pessoa idosa.

Isto leva-nos a pensar que o modelo existente de assistência aos idosos pode não ser o mais adequado à satisfação das suas necessidades, pois 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 sejam executadas adaptações significativas e importantes para este.

O crescimento da população idosa, bem como a disponibilidade de tempo livre que este grupo etário possui, faz com que seja necessária a criação de condições para que este tempo seja aproveitado com uma maior satisfação, isto é, através da animação e do lazer.

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

Nos dias de hoje, a Animação é entendida como uma estratégia de educação para o desenvolvimento, em diversos espaços onde pode intervir, visto que, procura valorizar as aptidões humanas, promovendo a participação social e a organização de grupos. É por um estímulo permanente de vida mental, física e afectiva da pessoa idosa.

Na opinião de Drummond et al. (2008), a terapia ocupacional e a animação em Gerontologia tem como propósito favorecer o desempenho ocupacional satisfatório, auxiliando o individuo na execução de tarefas e papeis ocupacionais essenciais a uma vida activa com o controlo de si e do ambiente, prevenindo comprometimentos funcionais, assim como a promoção da saúde. Assim, cabe aos profissionais desta área identificar as competências que possam ser restauradas ou adaptadas a fim de se promoverem intervenções com o objectivo de maximizar a independência e a autonomia dos idosos, dentro das possibilidades individuais e dos recursos disponíveis.

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

Neste sentido, este estudo surge pela necessidade de, no âmbito da Animação Sociocultural, se fazerem estudos que identifiquem associações entre esta intervenção e a funcionalidade dos idosos.

Assim, abordaremos ao longo deste estudo alguns aspectos inerentes ao envelhecimento, assim como os determinantes associados à funcionalidade.

Com a finalidade de não só analisar a melhoria da capacidade funcional dos idosos, como também observar a relação das actividades socioculturais enquanto um fomento da funcionalidade do idoso ao nível da saúde física e mental, definimos como objectivos deste estudo analisar a relação das actividades de vida diárias socioculturais dos idosos institucionalizados e não institucionalizados; analisar a funcionalidade dos Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados, assim como funcionalidade ao nível da saúde física, saúde mental, actividades de vida diárias e socioculturais nos idosos da Santa Casa da Misericórdia de Machico, Universidade Sénior de Machico e Freguesia de Santo António da Serra.

No que concerne à estrutura deste estudo, ele estará organizado em três partes, onde serão abordados os conteúdos analisados numa breve revisão de literatura, os procedimentos, os resultados e a interpretação dos mesmos.

Na primeira parte, será realizado o enquadramento teórico do estudo, que aborda os aspectos relacionados com a velhice e envelhecimento, designadamente algumas definições deste conceito e alterações decorrentes do mesmo. Para além desta serão abordados aspectos ligados à capacidade funcional, assim como os determinantes da mesma e posteriormente abordar-se-á a relação da Animação Sociocultural com a Terapia Ocupacional enquanto promotoras da capacidade funcional.

Posto isto, e já na segunda parte será realizado todo o delineamento do estudo, onde estarão descritos os objectivos e as finalidades, o tipo de estudo, as variáveis, o método, o material e os respectivos procedimentos.

Por fim, num terceiro parte, estarão apresentados os estudos realizados na análise da multidimensional da capacidade funcional, assim como a análise dos dados e discussão dos mesmos.

1. VELHICE E ENVELHECIMENTO

O aumento da esperança média de vida promoveu um mundo que envelhece e um colectivo ainda invisível, mas com profundas consequências em cada um dos aspectos da vida individual e comunitária, nacional e internacional, com repercussões que se projectam em todas as dimensões da existência humana: social, cultural, económica, política e psicológica (Osório & Pinto, 2007).

À semelhança de outros países da União Europeia, Portugal, de acordo com os dados da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE), enfrenta uma rápida transição demográfica, verificando-se um aumento progressivo da população adulta e idosa. É de salientar que estas alterações na sociedade, possuem fortes implicações estruturante, que podem alterar alguns padrões pré-estabelecidos na sociedade, principalmente ao nível económico, financeiro, administrativo, ou até mesmo cultural, face às exigências e necessidades da população. Segundo a mesma fonte, as principais consequências destas transformações ocorrem, sobretudo, ao nível do sector da saúde e do apoio social para idosos (OECD, 2010).

De acordo com os dados do INE, face à população residente em 2008, e tendo em conta os diferentes fluxos migratórios ocorridos ao longo dos tempos, prevê-se um crescente aumento da população idosa, até 2034, estimando-se que este crescimento da população pode atingir cerca de 10 898 Milhares de indivíduos com mais de 65 anos. Na opinião de Ribeiro & Paúl (2011, p. 7-10)

“(…) Quem nascia em Portugal na época de 60 poderia prever viver até os 60,7anos no caso dos homens e 66,4 anos para as mulheres, nos dias de hoje a esperança média de vida aumentou significativamente, sendo que os homens são de 75, anos e 82 anos para as mulheres”.

Face a estes estudos, denota-se que o Homem vai viver mais anos, e como tal é importante apostar na qualidade de vida desses anos. Atendendo a estes princípios, deve entender-se se os idosos portugueses consideram possuir bons níveis de qualidade de vida.

“ O envelhecimento da população está associado ao progresso e ao desenvolvimento. Uma abordagem a este invencível processo, caracterizado por um conjunto complexo de

factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo, pressupõe a sua compreensão, num quadro de referência social, pois é uma questão que assume muitas repercussões em todos os aspectos da vida social, nomeadamente na saúde, educação, economia, trabalho e ócio” (Bengston, Rice, & Johnson, 1999).

O envelhecimento é um fenómeno bio-psico-social de cariz individual, pois toda e qualquer abordagem psicológica que se faça terá de ser necessariamente multidisciplinar, isto é, o envelhecimento humano nunca poderá ser descrito, explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológica, psicológica e social que lhe estão inerentes (Fonseca, 2006).

O crescente aumento do número de idosos tem consequências para as sociedades que não podem ser menosprezadas (Ferreira, Rodrigues, & Nogueira, 2006) e Portugal não é excepção, pois tem vindo a sofrer, desde o final dos anos 90, alterações da estrutura demográfica semelhantes às de todos os países desenvolvidos e, em especial, às que têm ocorrido no conjunto de países da União Europeia, ou seja, há um aumento do número de idosos, quer em termos absolutos, quer em termos relativos (Casanova, Alvarenga, & Coelho, 2001).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU, 1982), o conceito de pessoa idosa difere de acordo com os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Nos primeiros são considerados idosos os seres humanos com sessenta e cinco e mais anos de idade; nos segundos são idosos, aqueles com sessenta e mais anos. Esta definição foi estabelecida pela ONU, em 1982, através da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando-se com o aumento da expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam aos seus cidadãos.

Segundo Santos (2008), o envelhecimento faz parte da lei universal da vida, na qual se insere o ciclo biológico desde o nascimento, o crescimento, o desenvolvimento e a morte, pelo que o envelhecimento não deve ser observado como algo estático ou compartimentado, mas sim encarado como o resultado de um jogo de forças em que o Homem segue uma evolução com importantes implicações biológicas, psicológicas e sociais.

Posto isto, o critério cronológico parece ser o mais utilizado para estabelecer a definição do idoso, embora seja, na nossa opinião, é um dos métodos menos precisos, dada as potencialidades e capacidades que os idosos apresentam.

Assim, o envelhecimento é considerado:

“ (...) um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. É um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, equivalente à fase final do desenvolvimento diferencial do homem. Apesar de ser um fenómeno universal, este não afecta todos os indivíduos da mesma maneira, uma vez que o ser humano não sofre o envelhecimento de modo idêntico nem ao mesmo ritmo” (Sousa, 2006b, p. 21).

A idade pode ser biológica, psicológica ou sociológica, à medida que se enfoca o envelhecimento em diferentes proporções das várias capacidades dos indivíduos. Mas a transformação da velhice em problema social não pode ser encarada apenas como decorrente do aumento demográfico da população idosa. Desta forma, a problemática do envelhecer orbita, mais em torno do funcionamento da sociedade no qual está inserida, do que no volume da mesma (Dourado & Leibing, 2002)

Na opinião de Cadete (2005), o envelhecimento é um processo multifactorial que leva à deterioração fisiológica do organismo, sendo o sinal mais evidente da diminuição da capacidade de adaptação às alterações do meio ambiente. Quando se aborda o processo de envelhecimento, falamos implicitamente nas modificações de carácter orgânico e funcional, pois são essencialmente estas que afectam a longevidade do indivíduo. No entanto, o envelhecimento não deve ser apenas percebido como acontecimento biológico, uma vez que as suas repercussões se sentem também a nível psicossocial. O mesmo autor, diz-nos que além disso, todos os factores ambientais, internos, externos, biológicos psicológicos e sociais interferem com o processo de envelhecimento, pois este um processo inerente ao ser humano, mas simultaneamente diferencial em cada uma das pessoas, elementos estes, que influenciam o desenvolvimento vital e envelhecimento do indivíduo, considerado como uma unidade biopsicossocial.

A multiplicidade de aspectos e de níveis de organização que incidem no envelhecimento biológico, convertem-no num tema difícil, não existindo ainda uma definição única e consensual sobre este processo. O envelhecimento biológico é um processo de mudanças do organismo que, com o tempo, diminui a probabilidade de sobrevivência e reduz a capacidade fisiológica de auto-regulação, de reparação e de adaptação às exigências ambientais, pelo que e segundo Mayán (2003) o envelhecimento é um processo onde ocorrem mudanças letais que diminuem as probabilidades de sobrevivência do indivíduo, apresentando-se como uma transformação degenerativa, o que significa associar a velhice com incapacidade.

Neste momento, coexistem várias teorias do envelhecimento biológico, que se apresentam como ideias independentes. Estas teorias não são mutuamente exclusivas, encontrando-se formuladas a um nível geral. Deste modo, para explicar a natureza das mudanças associadas ao envelhecimento surgem várias teorias: teoria Imunitária, Teoria genética, teoria do erro na síntese proteica, Teoria do desgaste, Teoria dos Radicais Livres, Teoria neuro-endócrina (Cadete, 2005). Na opinião deste autor e no que concerne ao nível neuropsicológico, o processo de envelhecimento traz modificações, contudo, as alterações verificadas não comprometem significativamente o desempenho do idoso nas condições normais. Não existem alterações discrepantes no que se refere ao nível de inteligência, embora se verifique lentificação de alguns processos, mais precisamente no que diz respeito ao tempo de reacção face a determinada situação. A memória primária e de evocação não se modificam, contrariamente à memória sensorial e de fixação, que diminui, com consequente redução da capacidade de processar a informação de aquisição recente. Salienta-se ainda a maior dificuldade de adaptação a novas situações, nomeadamente ao stress emocional, salientando que um aspecto importante é a comunicação, ou seja, a capacidade de compreender o mundo e exprimir-se, fazendo-se compreender, têm um importante contributo na capacidade de integração dos acontecimentos vivenciados. O envelhecimento pode afectar a comunicação, devido à diminuição da capacidade auditiva ou perda auditiva, no entanto, a capacidade de compreensão está integrada. No que diz respeito à expressão há normalmente uma lentificação do discurso, havendo o recurso a repetições de conteúdo e fuga ao conteúdo temático, o que significa que o indivíduo idoso utiliza mais palavras para exprimir uma ideia, levando assim mais tempo a comunicação.

Segundo Netto (2004, p. 79) diz-nos que uma das facetas do problema biológico é o medo da morte. “(...) Todos nós, uns mais que outros, tememos a enfermidade e a invalidez. Esse medo não se justifica apenas pelo agravamento dos sistemas funcionais, mas pela perspectiva de que este seja o prenúncio do mal que leva à morte”.

Apesar de todas estas alterações, a velhice encontra na sabedoria o aspecto mais positivo. Defende-se ainda que, existem dois factores associados à sabedoria: compreensão excepcional e a habilidade de comunicação e julgamento, uma vez que possui mais experiência e bom senso (Neri, 2006a).

No entanto, é importante realçar-se que o envelhecimento é uma conquista civilizacional, em que cada indivíduo tem responsabilidade na forma como envelhece, pois, se as pessoas tiverem uma melhor qualidade de vida viverão mais tempo, sendo importante um envelhecimento activo como uma medida essencial para fomentar a

saúde e a autonomia. Assim devem fomentar-se: estilos de vida saudáveis geradores de autonomia; um reforço de capacidades como a autodeterminação de forma a combater-se o isolamento. A promoção de inter e intrageracionalidade conduzem à criação de novas oportunidades de aprendizagem ao longo da vida assim como despertará mais atenção para situações de violência no espaço doméstico, institucional e público. Por outro lado, a adaptação a novas situações (reforma, viuvez, etc) poderá ser um contributo para a participação activa na sociedade.

Atendendo a que o envelhecimento é um processo contínuo, dinâmico e complexo que difere de pessoa para pessoa, sendo um processo natural resultante de um desgaste do próprio mecanismo e de erros cometidos ao longo da vida, o envelhecimento e a velhice são duas preocupações acrescidas que remontam às primeiras civilizações.

Independentemente da perspectiva em que se discute ou escreve sobre a velhice e o envelhecimento, devem-se respeitar os direitos da pessoa idosa, que são: o tratamento equitativo na sua sociedade, assim como o direito à igualdade e à autonomia, respeitando sua imagem para que, posteriormente, sejam assegurados todos os aspectos que conduzam a uma satisfação de viver a velhice (Fernandes, 1997), pois velhice é ficar velho, mostrando a complexidade do conceito de velhice e deixando claro que não se trata de eliminar o conflito, mas sim reconhecê-lo como elemento capaz de “mexer” com as organizações

No entanto, a velhice pode ser considerada um conceito vago, porque diz respeito a uma categoria criada socialmente para definir o período em que o Homem fica envelhecido, pelo que o fenómeno do envelhecimento e da velhice são, muitas vezes, considerados modificações de mecanismos físicos (Martins C. R., 2002).

Assim, segundo Lima (2001), a velhice surge como uma possibilidade de pensarmos numa nova maneira de ser-se velho, explicando que os idosos organizam-se em movimentos que conduzam à discussão de seus direitos, ou seja, a velhice é vista como uma representação colectiva para mostrar um outro estilo de vida para os idosos, fazendo com que estes saiam de casa em busca do lazer. Estes movimentos desenvolvem-se por aqueles que os vivenciam, tornando clara a possibilidade de modificação da velhice, ou seja, permitirão romper com os estereótipos enraizados nas sociedades.

No entanto, é importante destacar-se que a velhice não é um processo único, mas a soma de vários e todos distintos, entre si. Assim, entende-se que uma possível explicação da dificuldade de categorização da velhice pode estar ligada ao facto de esta

não ser um estado, mas sim um processo subjectivo do qual faz todo o sentido dizer-se que não existe um “ser velho”, mas um “ser envelhecendo”.

Entenda-se que os termos envelhecimento e velhice são conceitos distintos, pois o envelhecimento é um processo contínuo iniciado no momento em que nascemos e a velhice é a última etapa da vida que pode ser mais ou menos retardado de acordo com o indivíduo e a sua trajectória de vida.

Não obstante, é fundamental tomar-se consciência que, para sobrevivermos, é necessário mudar-se o paradigma de um desenvolvimento económico para um paradigma de desenvolvimento a favor do ser humano (Santos, 2003).

A Organização Mundial da Saúde classifica o envelhecimento em quatro estágios: Meia-idade: 45 a 59 anos; Idoso(a): 60 a 74 anos; Ancião 75 a 90 anos e Velhice extrema: 90 anos em diante (Carvalho, 2010).

Um estudo realizado no Canadá, em 1978, foi possível relacionar a esperança de vida, com e sem incapacidade, com o rendimento (Robine, 1997). Os investigadores puderam observar que, nos escalões etários com baixos rendimentos, a esperança de vida sem incapacidade ficava pelos 50 anos, enquanto nos que possuíam maiores rendimentos, subia até aos 64 anos. Quanto à esperança de vida à nascença, os primeiros sobrevivem até aos 67 anos e os segundos até aos 73 anos. São diferenças significativas que remetem para a complexidade das estruturas sociais onde os recursos económicos e culturais se distribuem de forma desigual colocando os indivíduos em diferentes posições face à velhice e face à morte.

É fundamental que se perceba que o envelhecimento não é só um “ (...) momento na vida do indivíduo, mas um processo extremamente complexo e pouco conhecido, com implicações tanto para quem o vivência como para a sociedade que o suporta ou assiste” (Fraiman, 1995, p. 18). Segundo Bacelar (1999) o processo de envelhecimento trata-se de um conjunto de alterações psicofísicas do organismo da pessoa e da sua maneira de interagir com o meio social no qual está inserida.

Desta forma, e segundo Paúl (1994), a OCDE definiu como país envelhecido o que apresenta uma percentagem superior a 7% de idosos na população geral. Segundo o mesmo autor Portugal inclui-se nesta definição, pois a população residente em Portugal tem vindo a denotar um continuado envelhecimento demográfico.

Apesar das tendências dos fenómenos demográficos se avaliarem em observações de períodos mais latos, a evolução de 2008 para 2009 vem uma vez mais confirmar o envelhecimento da população portuguesa. Este envelhecimento é visível

quer pela diminuição da proporção da população jovem quer pelo aumento da proporção da população idosa (INE, 2009).

No entanto, o envelhecimento não deve ser entendido apenas como um processo demográfico nas quais as gerações atingem a terceira idade, mas sim, um processo que assume vários aspectos desde biológicos, psicológicos e sociais, pois e na opinião de Heikkinen (2000) O envelhecimento é vivido em grande parte em função das condições corporais, sócios familiares e económicas de cada indivíduo, em que os idosos vivem vulneráveis, consoante a deterioração de saúde: sensorial, as doenças, a dor e problemas de memória, a mobilidade e o relacionamento social. O importante está em aceitar esta nova fase da vida, adaptar-se da melhor forma e activamente, perceber que se trata de um processo normal, e que deve fazer todo o tipo de actividades, de forma a retardá-lo e adequá-lo à sua condição de vital

No que à RAM diz respeito, verifica-se que o índice de envelhecimento corresponde a 74,5, pelo que comparada com outras regiões do território nacional, é a segunda região menos envelhecida, isto é, segundo a mesma fonte, em 2009 aproximadamente 2% da população residente na Madeira apresenta uma idade igual ou superior a 65 anos, o que a nível nacional em igual faixa etária deparamo-nos com 18% da população total residente em Portugal. Por sua vez, ao analisar-se a distribuição da população na RAM verifica-se, ainda assim, que existem valores acrescidos para a população residente com 65 ou mais anos, como são os casos dos concelhos do Funchal, Santa Cruz e Calheta (DREM, 2010).

De acordo com os dados publicados pela DREM (2010), os valores dos índices de envelhecimento obtidos no país têm-se vindo a acentuar devido aos movimentos migratórios, próprios de um país exportador de mão-de-obra. Assumindo um maior relevo na inversão das pirâmides etárias é o declínio da fecundidade.

Se por um lado muitos autores atribuem um comprometimento à taxa de fecundidade na determinação do envelhecimento demográfico, por outro há quem defenda que os avanços da prática clínica, as modificações nas políticas de saúde pública, a valorização da medicina preventiva e a melhoria das condições de sociais e económicas estão na origem deste aumento da longevidade. (Ferreira, Rodrigues, & Nogueira, 2006)

Desta forma, e no que concerne às causas do envelhecimento existem estudiosos que explicam quatro etapas principais para que um país se encontre em transição demográfica (Oliveira, 1999), onde inicialmente apresenta elevadas taxas de mortalidade e fecundidade apresentando, posteriormente e na segunda fase um elevado

declínio da mortalidade e da fecundidade o que conduz a uma diminuição do crescimento da população jovem e um aumento das pessoas idosas. Ao atingir a quarta etapa apresenta uma reduzida taxa de fecundidade, perdurando a diminuição da mortalidade, atribuindo-se assim, uma responsabilidade à taxa de fecundidade pelo envelhecimento do país.

O facto de caminharmos para um mundo cada vez mais envelhecido faz com que vão surgindo novas agravâncias, o que irá conduzir a um aumento das despesas de saúde, diminuição da produtividade, aumento das despesas com a segurança social, assim como novos gastos com a assistência, tais como alojamentos adaptados à diminuição das suas capacidades, passatempos e actividades adequados, ajudas familiares, assistentes sociais (EBSOF, 2008), ou seja, há um aumento das despesas com a saúde e das despesas com a Segurança Social; a produtividade, o espírito criativo e de iniciativa tão característicos dos jovens também diminui; com o aumento das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, há a redução do número de pessoas activas; aumento das necessidades de criação de infra-estruturas apropriadas para os idosos como centros de dia, centros de convívio, lares e residenciais, ou seja, alojamentos adaptados à diminuição das suas capacidades, passatempos e actividades adequados, ajudas familiares, assistentes sociais.

2. ENVELHECIMENTO E FUNCIONALIDADE

Os desafios levantados pelo envelhecimento assumem uma amplitude e complexidade que não se coadunam com as meras abordagens lineares nem iniciativas isoladas e pontuais.

Considerando que a velhice bem-sucedida está articulada com êxitos ao longo de uma vida vamos-nos deparar com seres humanos que conviveram com informações sobre factores que conduzem a um envelhecimento com ou sem sucesso pois, embora ocorram de formas diferentes entre pessoas as perdas que caracterizam a velhice provocam o aumento da dependência dos indivíduos em relação aos elementos da cultura e da sociedade. Por outro lado, e ao contrário do que se pensa, é possível a preservação e ganhos evolutivos em determinados domínios do funcionamento, como o afectivo e o intelectual, sendo o primeiro capaz de actuar de maneira compensatória sobre as limitações cognitivas (Neri, 2004).

O conceito de velhice surge muitas vezes aliado ao conceito de saúde, embora que por vezes surja uma configuração negativa, associando-se o envelhecimento à falta de saúde com o surgimento de muitas doenças ou até mesmo dependências. De facto, com o envelhecimento podem surgir doenças que podem alterar a funcionalidade e a qualidade de vida dos idosos, mas não acontece a todos os indivíduos de igual forma.

Nos últimos anos, o conceito de saúde tem sido redefinido, pelo que a OMS (2010), considerou a saúde como um estado completo de bem-estar, físico, psíquico e social e não apenas a ausência de doença ou efemeridade, quer com isto dizer que um indivíduo, mesmo portador de uma determinada doença pode sentir-se saudável, desde que seja capaz de desempenhar funções e actividades, capaz de alcançar expectativas e desejos, mantendo-se activo no seu meio (Paschoal, 1997). Assim, e na perspectiva deste autor, a saúde é a capacidade do indivíduo continuar a exercer as suas funções no seu meio físico e social contribuindo e interagindo com a sociedade.

Ao associar-se saúde e envelhecimento, o conceito pode tornar-se mais forte pois, a definição de saúde que melhor se adapta às necessidades das pessoas idosas parece ser a de um óptimo nível de funcionamento (Berger, 1995). Posto isto e segundo este modelo, o Homem interage com o ambiente num processo contínuo de adaptação, acentuando as capacidades individuais e não as incapacidades.

Se a saúde fosse ausência de doenças, a partir de determinada idade, poucos seriam os indivíduos saudáveis, pois à medida que se envelhece surgem as doenças crónicas, podendo levar à deterioração da habilidade em manter-se independente, pelo que os problemas de saúde limitam os idosos no desempenho da sua vida quotidiana.

No plano físico, são principalmente os problemas osteoarticulares que limitam a funcionalidade levando-os, mais tarde ou mais cedo, a modificar o ritmo de vida sobretudo após os 80 anos, salientando-se que as dificuldades em desempenhar as tarefas do dia-a-dia aumentam com a idade revelando-se numa incapacidade após os 85 anos (Berger, 1995).

No entanto, à medida que se envelhece surgem determinadas alterações capazes de influenciar a vida do idoso, podendo até dar origem a doenças crónicas, como a hipertensão, a diabetes, as deficiências auditivas e visuais (DRS, 2004).

É de salientar que as alterações que ocorrem nos idosos, maioritariamente fisiológicas trazem limitações à sua funcionalidade, como: redução do volume muscular, aumento do tecido não contráctil (gordura e tecido conectivo) no músculo, redução da força e redução da capacidade aeróbia (Martins & Medeiros, 2006), ou seja, com o passar dos anos, o desempenho funcional dos idosos vai-se deteriorando pouco a pouco, motivado pelo processo natural e fisiológico do envelhecimento. Este declínio desenvolve-se na maioria das vezes ao mesmo tempo em que as suas expectativas e actividades também se restringem. A trajectória que o declínio funcional toma – mais rápida ou mais lenta – depende de uma série de factores – a constituição genética, os hábitos e estilos de vida, o meio ambiente e do contexto socioeconómico e cultural.

Apesar de todas estas alterações, a velhice encontra na sabedoria o aspecto mais positivo. Defende-se ainda que, existem dois factores associados à sabedoria: compreensão excepcional e a habilidade de comunicação e julgamento, uma vez que possui mais experiência e bom senso (Neri, 2006a), pelo que as pessoas podem progredir ou retardar a chegada ao limiar da incapacidade, existindo um consenso em relação à importância da manutenção da actividade nos idosos para a preservação da funcionalidade e bem-estar (Paúl, 1994).

A presença de múltiplas complicações associadas à mesma pessoa aumenta a probabilidade de diminuição das capacidades para a execução de uma ou mais actividades. Segundo Ramos (2003) a funcionalidade é uma componente no modelo de saúde dos idosos considerada muito útil no contexto do envelhecimento, pois envelhecer de forma a manter todas as funções, não significa um acarretar problemas para o indivíduo ou para a sociedade.

Desta forma, a funcionalidade é um dos aspectos centrais da autonomia dos idosos e é definida como o conjunto de competências comportamentais relacionadas com a administração da vida diária, envolvendo a integridade física, o funcionamento quotidiano, o status cognitivo, as atitudes em relação a si mesmo, o estado emocional, as actividades sociais e o exercício de papéis (Guariento & Neri, 2010).

A funcionalidade, especialmente a dimensão motora, é um dos marcadores mais importantes do envelhecimento. A perda desta capacidade está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, pelo que originada um cuidado de longa duração (Martins & Medeiros, 2006).

Assim, e tendo em conta a opinião de Lopes (2000), deduz-se que os aspectos ligados à mobilidade estão directamente ligados à saúde das estruturas ósseas, que na terceira idade apresentam-se de uma forma mais comprometida do que na fase adulta, especialmente àquelas pessoas que têm como hábito o fumo e a ingestão de bebidas alcoólicas, associadas a uma alimentação desequilibrada de cálcio.

Se os indivíduos envelhecerem autónomos e independentes no desempenho das actividades de vida diária, as dificuldades serão mínimas quer para eles, quer para aqueles que os rodeiam, assim, a funcionalidade surge como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso. Segundo Freitas (2002), saúde, dentro desta óptica, passa a ser o resultado da interacção multidimensional entre a saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica.

Esta nova concepção de atenção à saúde do idoso visa manter a autonomia do indivíduo pelo maior tempo possível, o que conduz a uma ampliação da qualidade de vida quer para o idoso, quer para a sua família, pois com a perda da funcionalidade do idoso à sobrecarga de funções e tarefas para a família, com uma tendência a ser insuportável (Arai, 2004).

O conceito de funcionalidade é particularmente útil no envelhecimento, pois envelhecer mantendo todas as funções não significa problemas para o idoso, família ou comunidade, em que está inserido, no entanto, se as funções se deterioraram, criam-se incapacidades que condicionarão a sua autonomia e satisfação no auto-cuidado. Na velhice, a manutenção da autonomia está intimamente ligada à qualidade de vida. Portanto, uma forma de se procurar quantificar a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as funções diárias, facto

que se torna independente dentro do seu contexto sócio económico e cultural (Veras, 1997).

A funcionalidade (Hormigo, 1996) é, assim, a aptidão para realizar sozinho as tarefas diárias de auto-suficiências, bem como as actividades instrumentais do dia-a-dia, sendo que esta perda de autonomia funcional pode condicionar o futuro e qualidade de vida das pessoas idosas (Ermida, 1996).

Por outro lado, a importância de se medir o estado de saúde, em termos de função e bem-estar funcional, começou a ser reconhecida há pouco mais de cem anos, com a introdução de questões relacionadas com a duração de doenças e incapacidades. Sob o ponto de vista prático existem várias formas de medir as funções desempenhadas pelos indivíduos, sendo uma delas, como já foi referido, através do desempenho das actividades diárias, em que a autonomia do idoso pode ser medida através da capacidade de cuidar de si ou algo mais complexo, como realizar trabalho físico vigoroso (Veras, 1997).

Assim, as actividades diárias estão relacionadas com a sobrevivência do idoso e com a qualidade de vida, pois se as capacidades do idoso forem resgatadas de forma plena ou adoptada, podem realizar-se as actividades diárias de forma independente. Note-se que estas acções reflectem a capacidade dos idosos se adaptarem ao seu meio, incluindo, actividades variadas, como o usar o telefone, fazer comprar, preparar as refeições, arrumar a casa, lavar a roupa, usar transportes colectivos, administrar a medicação, caminhar, entre outras actividades. Cada item representa tarefas complexas, compostas por muitas componentes.

Desta forma, o idoso deve ser estimulado e capacitado a fazer o máximo por si mesmo, sendo apenas ajudado quando necessitar, ou seja, nas actividades diárias. Deve ser, também, estimulado a participar dentro das suas possibilidades, ou seja, as actividades devem ser feitas com o idoso e não por ele.

Ao longo dos anos, os cientistas desenvolveram esforços para encontrar medidas e instrumentos que pudessem trazer significados claros e uma precisão quantitativa às descrições da magnitude e severidade dos problemas funcionais dos idosos.

Uma vantagem dessas actividades é que quando combinadas avaliam a incapacidade em determinadas actividades críticas necessárias para a permanência do idoso no seu próprio meio, cuidando de si mesmo na sua comunidade.

O desempenho cognitivo é um determinante da funcionalidade em todos domínios, dependendo dele o desempenho físico e social (Paschoal, 1997).

Com o envelhecimento há uma diminuição da funcionalidade de muitos sistemas bioquímicos, levando a um prejuízo cognitivo, sem que isto signifique doença ou demência (Luders & Storani, 1997).

Assim, a perda de determinadas funções é um dos medos maiores acarretados com o envelhecimento (Berger, 1995). Mesmo, em idosos mais funcionais, determinadas manifestações como as perdas de memória representam uma importante ameaça ao bem-estar e á auto estima.

Posto isto e opinião de Rodrigues (2009), é nesta perspectiva que, seguidamente, se definem diferentes dimensões que condicionam a funcionalidade no dia-a-dia do idoso, das quais se destacam os recursos sociais, os recursos económicos, a saúde mental, a saúde física e as actividades de vida diária e socioculturais.

2.1. Recursos Sociais

A realidade mundial exige, cada vez mais, uma resposta adequada a esta problemática, permitindo fazer face às exigências de apoio aos idosos e às suas famílias, resultantes quer de um processo normal do envelhecimento quer das situações patológicas que podem ocorrer e alterar o trajecto deste processo, pelo que e apesar das avaliações de incapacidade revelarem melhorias, existe contudo, um aumento do número de doenças crónicas e incapacidades funcionais, consideradas no âmbito da saúde e da intervenção social, conduzindo a um aumento da procura dos recursos sociais nestas áreas (Parker & Thorslund, 2007).

Assim, salienta-se a importância de uma intervenção integrada de vários sectores da sociedade, entre os quais se salienta o papel dos demais serviços promotores do desenvolvimento de parcerias potenciadoras da sua abrangência, pelo que exige um aumento da proporção de idosos dependentes que usufruem de diversos apoios de qualidade, como uma forma mais adequada de responder à diversidade de problemas, assim como a promoção do desenvolvimento de cuidados formais e informais (Rodrigues, 2009).

O papel das relações sociais no processo de incapacidade é complexo, pelo que uma melhor compreensão deste papel requer uma atenção específica às várias facetas que caracterizam estas relações. Desta forma, importa distinguir duas componentes das relações sociais: o estrutural, relativo às características da rede social como o número e frequência de contactos; e o funcional, relativo à actual troca de recursos entre elementos da rede ou apoio social (Mendes, 2001). Assim, o apoio social refere-se apenas aos aspectos funcionais das relações sociais (Rodrigues, 2009), tendo

implicações no estado de saúde e um impacto indirecto na saúde física e mental, ou seja, vai evidenciar efeitos sobre a saúde da funcionalidade social e dos recursos sociais, uma vez que estes são escassos (Thomson et al., 2004).

Em 2005, Woo, Goggins, Sham e Ho (citado por Rodrigues, 2009, pp.48), estudaram as determinantes sociais que estão associadas a esta vulnerabilidade, observando um

“(...) aumento dessa vulnerabilidade nos homens em que não tinham ocupação dos tempos livres, abstinência alcoólica, sem prática de exercício físico, com poucos familiares ou vizinhos e sem a prática frequente de actividades de ajuda aos membros da comunidade. Quanto às mulheres, foi referido o pouco ou nenhum contacto com familiares”.

Note-se a importância assumida pelo agregado e relações familiares nas relações sociais, pois este é muito importante para o desenvolvimento dos papéis sociais de todos os que estão envolvidos com os idosos, tornando-se possível um reconhecimento entre a composição destas relações e a sua relação com o estado de saúde (Pizzetti et al. (2005), cit por Rodrigues, 2009).

A família é um conjunto de elementos que se relacionam entre si e estão em interacção contínua com o exterior, mantendo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido de várias formas ou etapas do ciclo vital (Sampaio & Gameiro, 1985).

O apoio familiar não tem um carácter estático, pois à medida que as pessoas seguem o curso do ciclo de vida, passando por estádios como ser solteiro, casado, ser pai ou mãe viúvo, a família, as amizades e as outras ligações mudam, pelo que é importante distinguir o tipo de pessoas envolvidas na relação, sejam filhos, irmãos, pois cada relação tem um tipo de apoio associado (Paúl, 1995).

No entanto, se por um lado e à medida que as pessoas envelhecem, as suas casas e o meio que as rodeiam tornam-se mais significativos para estas criando-se laços de afectivos e, em consequência, envelhecer no seu espaço habitacional, prevenindo a institucionalização é uma das maiores necessidades dos idosos e das suas famílias (Gitlin, 2003), por outro lado e atendendo ao crescente aumento da população idosa incapacitada ou semi-incapacitada, ao tipo de famílias e à disponibilidade para a prestação de cuidados aos seus há, cada vez mais, uma necessidade de se recorrerem às institucionalizações dos idosos.

Não obstante, a rede social de apoio a populações idosas tende a variar em número e em composição ao longo do tempo. Neste sentido, a estrutura da rede social e o apoio que esta proporciona, “(...) correlaciona-se com diversos aspectos do estado de saúde” (Rodrigues, 2009, pp.49).

As relações de vizinha também têm o seu pesar no processo de envelhecimento e é neste sentido que (Subramanian et al. (2006), citado por Rodrigues, 2009), referem o apoio dos vizinhos como um elemento protector entre as populações com mais idade, incutindo um efeito de proximidade entre estas, proporcionando resultados positivos no estado de saúde, pois, à medida que a população envelhece e os padrões de incapacidade se vão alterando, a necessidade de se recorrerem a cuidados de maior e melhor qualidade é uma realidade que aumenta cada vez mais devido ao fraco acesso a um controlo melhorado de sintomas e de apoio psicossocial, o que conduz á necessidade de se fazerem abordagens multidimensionais que garantam a provisão de cuidados qualificados, independentemente da idade e do diagnóstico (Burt & Raine, 2006).

Por outro lado, num contexto socioeconómico de vizinhança, Wight et al., em 2006 (citado por Rodrigues, 2009, pp.53), diz-nos que este determinante

“(…) influencia a saúde, em geral, e a função cognitiva, em particular. Para os idosos, especialmente devido às circunstâncias naturais que envolvem o processo de envelhecimento, as condições do espaço ambiental e de vizinhança têm um impacto maior, pois estes estão mais susceptíveis e potencialmente limitados nas suas capacidades funcionais que ameaçam a sua autonomia”.

Posto isto, pode de destacar-se a coesão social existente entre a vizinhança, pois esta pode ser observada como um efeito “ (...) modificador entre a saúde mental do individuo e a perda de capacidades” (Rodrigues, 2009, p.54).

Desta forma, torna-se necessária a realização de abordagens multidimensionais, para que assim se garantam provisões de cuidados qualificados, independentemente da idade, área geográfica e diagnóstico, pois a situação de cada idosos deve ser sempre vista como uma realidade (Burt & Raine, 2006, citado por Rodrigues, 2009), pois ao longo dos tempos, é possível identificar a preocupação, quer com a qualidade, quer com os estilos de vida da população, no entanto, nos últimos anos é que se tem vindo a dar mais relevância à qualidade de vida dos idosos, pelo que esta situação deve ser entendida como estando intimamente ligada aos factores como estilo de vida, a espiritualidade, a dignidade, as relações familiares, o bem-estar físico e psicológico, social e cognitivo (Conte, 2005).

2.2. Recursos Económicos

A questão dos recursos económicos é uma área sensível à maioria dos idosos, pois não os vêem como um fim, mas sim como um meio essencial para atingir um fim (Rodrigues, 2009).

Na opinião de diversos autores, (Smith (1999); Haider et al (2000) e Kim & Lee (2006)), as poupanças financeiras efectuadas pelos idosos influenciam significativamente a sua situação económica, pelo que as doenças e o estado funcional são, contudo, os determinantes mais expressivos da auto-percepção de saúde, bem como os factores psicológicos, sociais e económicos (Murata et al., 2006), pelo que, e desta forma os rendimentos são vistos como condicionantes do declínio funcional nos idosos, sobressaindo diferenças entre géneros e classes etárias, tais como a falta de habitação própria, que surge associada ao declínio funcional e à morte nos homens, enquanto nas mulheres afecta-lhes o rendimento, sendo este o que mais se relaciona com o declínio funcional e a morte. (Rodrigues, 2009).

É de salientar que e na opinião de Rodrigues (2009), é a população idosa que se encontra a pertencer ao maior grupo de risco de exclusão social, pois e no que concerne à definição de prioridades para estes, não se tem feito valer o seu peso demográfico, nem se tem vindo a reclamar dos benefícios a que estes têm direito, para que assim possam garantir a sua qualidade de vida.

No entanto, Tinker (1997) citado por Rodrigues (2009), refere que nos idosos a segurança financeira é um factor fundamental, pelo facto de serem poucos os que possuem possibilidades de terem rendimentos que lhes permitam fazer frente aos novos gastos. Desta forma, um rendimento seguro e adequado às necessidades acrescidas de serviços e cuidados de saúde, nos idosos, é aquela que consegue abranger não só os gastos da gestão diária, mas também todas essas novas necessidades que vão surgindo ao longo dos anos.

Atendendo a que os idosos gastam um grande quantidade dos seus rendimentos em despesas relacionadas com a saúde, alguns estudos têm vindo a demonstrar que as proporções desses gastos, em comparação com o valor mensal que lhes é atribuído, aumenta com a idade e diminui com os rendimentos, ou seja, os indivíduos com maiores recursos económicos despendem uma menor quantidade em relação àqueles que fazem parte dos quadros de baixos rendimentos (Goss et al., 1999; Crystal et al., 2000; McGarry & Schoeni, 2005; citado por Rodrigues, 2009).

Por conseguinte, os meios financeiros e o apoio social são determinantes importantes quer na auto-percepção, quer nos comportamentos de saúde, estando a primeira e os recursos financeiros relacionados entre si (Poortinga, 2006), ou seja, os idosos preocupam-se com os recursos económicos, pois numa situação futura estes podem não ser suficientes para colmatar as necessidades.

2.3. Saúde Mental

Vivemos numa sociedade que nos projecta constantemente para situações de stress, sendo natural que os indivíduos se sintam por vezes em crise e apresentem oscilações emocionais.

A abordagem da saúde mental no contexto do envelhecimento é complexa, pelo impacto das reflexões provocadas por mudanças ao longo da vida de uma pessoa, isto é, à medida que o indivíduo envelhece, o ganho de experiências sócio emocionais e das estratégias utilizadas perante as dificuldades e os sucessos, tornam as pessoas mais hábeis na resolução de problemas (Rodrigues, 2009).

Os processos degenerativos relacionados com o envelhecimento, destacando-se a arteriosclerose, as mudanças endócrinas e imunitárias, assim como os processos inflamatórios predis põem ao aumento da vulnerabilidade para a depressão no idoso. É de salientar que a estes processos fisiopatológicos acrescem os factores hereditários e os adversos psicossociais, que contribuem, num conjunto mútuo para o aumento da susceptibilidade ou desencadear de depressão no idoso (Alexopoulos, 2005).

No entanto, existe ainda uma relação entre o aumento das limitações funcionais e o acentuar dos sintomas depressivos em função do género, etnia e recursos económicos pois, à medida que os indivíduos envelhecem, ocorre um declínio cognitivo, associado à perda de memória e à lentidão do raciocínio, dificultando a realização das actividades diárias e socioculturais nas pessoas idosas (Rodrigues, 2009).

Em situações de idosos com depressão, o apoio social torna-se num elemento fulcral e protector contra o declínio das capacidades funcionais do idoso, ou seja, o suporte social conduz a uma redução dos sintomas associados à patologia supra mencionada, visto que a interacção social promove quer a actividade física, quer a actividade mental, conduzindo a uma diminuição da gravidade dos efeitos depressivos (Hays et al., 2004, citado por Rodrigues 2009).

Em 2007, Schieman & Plicker (citado por Rodrigues, 2009), dizem-nos que existe uma relação entre o aumento das limitações funcionais e o acentuar dos sintomas depressivos, em função do género, etnia e recursos económicos, pelo que em idosos

com recursos económicos mais baixos nota-se um aumento das suas limitações associadas ao aumento da depressão, pois à medida que os indivíduos envelhecem, dá-se o declínio cognitivo associado à perda de memória e à lentidão de raciocínio, o que pode dificultar a realização das AVDs e das AIVDs (Singer et al., 2003, citado por Rodrigues, 2009).

Um outro aspecto importante no processo de envelhecimento está associado aos aspectos religiosos. Krueger et al., (2006, citado por Rodrigues, 2009) desenvolveram um estudo, onde foram avaliados em grupos de idosos católicos praticantes com incapacidades funcionais e demências, a relação o tipo de personalidade e o desenvolvimento de incapacidades, em que os resultados sugerem que elevados níveis de rectidão de carácter poderão estar associados a um risco reduzido de ocorrência de incapacidades durante o envelhecimento

Num estudo realizado por Harris et al. (2003), para avaliar variáveis saúde física, incapacidade, apoio social e factores socioeconómicos enquanto preditores de sintomas depressivos nas pessoas idosas, através de uma escala de depressão geriátrica, concluiu-se que as situações de depressão estão associadas a: (1) disfunções ao nível da saúde física; (2) apoio social, como em situações de solidão; (3) recursos socioeconómicos e, por último, (4) controlo de saúde.

Por conseguinte, num outro estudo realizado em 2002, por Ried e Planas, que ao analisarem as diferenças entre homens e mulheres com 65 ou mais anos em relação à idade, estado de saúde e sintomas depressivos, concluíram que

“ (...)com o envelhecimento tanto as mulheres como os homens referem respostas similares aquando da presença de sintoma depressivos. No entanto, as mulheres relatam em maior percentagem essas queixas relativamente aos homens. Assim, com o envelhecimento as mulheres reportaram-se em um declínio no seu estado de saúde, os seus sintomas depressivos aumentam significativamente, mas a um nível mais baixo do que nos homens” (Rodrigues, 2009, p. 80).

Posto isto, é de salientar que os idosos com problemas associados à saúde mental têm direito a que lhes seja proporcionado o devido e necessário apoio para as suas necessidades ao nível dos cuidados de saúde primários. Assim, é neste contexto que Burns et al. (2001) e Harris et al. (2003) realçam que os serviços direccionados para as pessoas idosas com problemas aliados à saúde mental requerem recursos ajustados, assim como uma avaliação multidisciplinar para que se possam administrar e integrar serviços com especial relevo na saúde e no apoio social.

2.4. Saúde Física

Com o avançar da idade, decréscimos fisiológicos, doenças crónicas e outros problemas de saúde tendem a acumular-se e a interferir no estado de saúde do indivíduo e na sua qualidade de vida, pelo que algumas das mudanças envolvem processos naturais e patológicos próprios do envelhecimento afectando a maioria dos idosos (Rodrigues, 2009).

Desta forma, os determinantes da mudança do estado de saúde física ao longo do tempo é de elevada importância para a adequação dos cuidados de intervenção na e com a população idosa (Wilson, Barnes, Krueger, Hoganson, & Benner, 2005).

Uma outra dimensão da saúde física incide na diminuição da habilidade manual, especialmente a partir dos 65 anos, onde se começa a notar um declínio gradual. Esta resulta das alterações músculo esqueléticas, vasculares, nervosas e de doenças como a osteoporose, osteoartrite e artrite reumatóide (Carmeli et al., 2003).

Assim, a saúde e o bem-estar dos idosos podem ser modificáveis através do investimento na promoção da saúde e condição física ao longo da vida (Zalewski, 2007), pelo que, o conceito de incapacidade funcional passa, então, a cobrir um vasto conjunto de estados de saúde relacionados com o aumento de limitações funcionais. Frequentemente, a incapacidade é avaliada através de declaração indicativa de dificuldade ou necessidade de ajuda em tarefas básicas de cuidados pessoais e em tarefas mais complexas, necessárias para viver independente na comunidade. No entanto, as medidas de mobilidade fazem parte, também, da avaliação do declínio funcional, e têm provado serem valiosas no estudo da relação do *status* funcional com características demográficas, condições crónicas e comportamentos relacionados à saúde (Guralnik, 1997).

É desta forma que a prática de exercício físico na terceira idade aparece associada ao melhoramento da saúde física, não só pela sua importância para melhorar a força física do idoso, mas também por ser um bem necessário para fugir da depressão melhorar as relações sociais, participando na vida comunitária e continuando a ter projectos de vida que são considerados factores essenciais para viver com qualidade (Rodrigues, 2009).

O idoso que frequenta grupos de actividade física interage com outras pessoas em condições e características comuns com as suas, sentindo-se melhor aceite pela sociedade (Ciprius, 2007). Assim, as aulas de educação física, as caminhadas ou a hidroginástica são as mais recomendadas para quem já passou dos 65 anos. São diversos

os motivos que levam os idosos a frequentarem estas actividades: o exercício diário promove a saúde mental, contribui para reduzir a ansiedade, a insónia e a depressão, e ajuda a controlar o stress. É fundamental que o idoso aprenda a lidar com as transformações do seu corpo e tire proveito de sua condição, prevenindo e mantendo a sua autonomia plena.

Segundo os médicos, os exercícios adequados e regulares ajudam a manter o peso ideal, regulam as funções cardio-respiratória, fortalecem os músculos e dão mais equilíbrio ao corpo, ou seja, há um contributo vantajoso sobre o envelhecimento bem-sucedido.

O envelhecimento bem-sucedido pode ser atingido através da manutenção da integridade física e mental até aos últimos anos de vida, sendo que em ambas as fases está implícita a ideia de que existem diversas formas de envelhecer, visto que a personalidade, o contexto sociocultural e as relações familiares variam de pessoa para pessoa.

Assim, considera-se que a estimulação cognitiva e a preservação de bons hábitos cultivados ao longo da vida são suportes essenciais para assegurar um envelhecimento com sucesso (Margoshes, 1995).

Não obstante, são imensas as medidas que têm sido propostas sobre esta temática, pelo que, em 1996, Baltes e Cartstensen sugerem a consideração de factores psicossociais, saúde física, capacidades funcionais e estilo de vida, condições biofísicas e sociais. Por outro lado, e no mesmo ano, Schulz e Heckausen consideram que o bom funcionamento cardiovascular, a ausência de incapacidades, o desempenho cognitivo, o controlo primário e as realizações nos domínios físico e artísticos são factores importantes para o sucesso do envelhecimento. Mais tarde, em 1999, Lehr apresenta uma série de factores que contribuem para este sucesso. Assim, agrupa-o nas seguintes categorias: 1) Factores genéticos e factores biológicos; 2) Factores ecológicos; 3) Meio ambiente e socialização; 4) Interação social; 5) Personalidade, inteligência e interesses; 6) Educação, cultura e ocupação; 7) Nutrição, saúde e actividade física.

Assim, se estes factores forem trabalhados em rede, pode considerar-se que o idoso está a constituir aspectos mais eficazes no seu envelhecimento com sucesso, pelo que se pode considerar como sendo possível, uma promoção de um envelhecimento com qualidade desde que sejam respeitados os três princípios sobre o envelhecimento da população: a constituição de um êxito gerado pela sociedade moderna; o lançamento de um desafio aos indivíduos e à própria sociedade em que os idosos são um grupo

heterogéneo, pelo que é possível envelhecer de diversas formas (Fernández-Ballesteros, 2002).

2.5. Actividades de vida diárias e Socioculturais

Existem várias formas de medir as funções desempenhadas pelos indivíduos, sendo uma delas, como já foi referido, através do desempenho das actividades diárias, em que a autonomia do idoso pode ser medida através da capacidade de cuidar de si ou algo mais complexo, como realizar trabalho físico vigoroso, pelo que as actividades diárias estão relacionadas com a sobrevivência do idoso e com a qualidade de vida pois, se as capacidades do idoso forem resgatadas de forma plena ou adoptada, podem realizar-se as actividades diárias de forma independente (Veras, 1997).

O idoso deve ser estimulado e capacitado a fazer o máximo por si mesmo, sendo apenas ajudado quando necessitar, ou seja, nas actividades diárias. Deve ser, também, estimulado a participar dentro das suas possibilidades, ou seja, as actividades devem ser feitas com o idoso e não por ele.

Ao longo dos anos, desenvolveram-se esforços para encontrar medidas e instrumentos que pudessem trazer significados claros e uma precisão quantitativa às descrições da magnitude e severidade dos problemas funcionais dos idosos. Neste âmbito, a avaliação da funcionalidade inclui a avaliação da capacidade dos idosos realizarem um conjunto de actividades quer diárias, quer lúdicas e culturais (WHO, 2002).

Note-se que as actividades diárias reflectem a capacidade dos idosos se adaptarem ao seu meio, incluindo, actividades variadas, como o usar o telefone, fazer comprar, preparar as refeições, arrumar a casa, lavar a roupa, usar transportes colectivos, administrar a medicação, caminhar, entre outras actividades. Cada item representa tarefas complexas, compostas por muitas componentes, destacando-se que quando bem combinadas, essas actividades avaliam a incapacidade em determinadas actividades críticas necessárias para a permanência do idoso no seu próprio meio, cuidando de si mesmo na sua comunidade.

3. ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL ENQUANTO TERAPIA OCUPACIONAL GERONTOLOGICA PROMOTORA DA FUNCIONALIDADE

A Animação Sociocultural é um conjunto de práticas sociais que têm como finalidade estimular a iniciativa e a participação das comunidades no processo do seu próprio desenvolvimento e na dinâmica global da vida sociopolítica em que estão integradas. Desta forma, esta contribui para o estímulo e mobilização de indivíduos, grupos e colectividades. Forma de infundir ânimo e insuflar dinamismo e entusiasmo. Dar vida e movimento a um conjunto de pessoas. É uma metodologia de intervenção social, baseando-se no método participativo, que por sua vez, procura a forma de organizar o trabalho cultural, de forma a conduzir a um conjunto de práticas sociais que têm como finalidade estimular a iniciativa e a participação das comunidades no processo do seu próprio desenvolvimento e na dinâmica global da vida sociopolítica em que estão integradas (Ander-Egg, 1999).

Na nossa cultura, a terceira idade aparece designada como os velhos, expressão vulgarmente associada a tudo aquilo que é antigo.

Osório (1998) considera a terceira idade como um colectivo com características muito específicas: idade, aposentação (portanto, liberto de trabalho sistemático); diferentes situações de convivência (em casal, viuvez, solidão...); situações gerais de saúde e condição física muito diferenciadas; contexto residencial de acordo com situações particulares (em habitação própria, com familiares, em instituições específicas, entre outros); uma maior disponibilidade de tempos livres, etc. Por todas estas razões, os programas de animação sociocultural devem ser adaptados às situações do grupo e às respectivas necessidades.

Acrescendo a tudo isto, e o facto de se ter dispensado ao idoso o seu papel histórico de educador e de portador de várias sabedorias, a quem tudo era perguntado e de quem se esperava uma resposta vinda da aprendizagem da vida,

“ (...) são cada vez mais os idosos que deixam a casa da família, vivem sozinhos, residem em lares, arrastam-se por hospitais e casas de saúde. Enfim, morrem sozinhos. Felizes os que não duram para perceberem que são um fardo. Felizes os que não são objecto de encarniçamento médico. Felizes os que morrem depressa. (...) Os idosos,

esses, amanhã não serão nada. Eles próprios não têm esperança. Deles nada se espera. Ou antes, os outros esperam que os velhos não os incomodem, não os impeçam de trabalhar, divertir-se, passar férias, viajar e sair à noite. (...) Conhecemos, neste século, mil e um progressos: culturais, políticos, sanitários, tecnológicos e de bem – estar. Mas, num caso, talvez num só, o dos idosos, conhecemos mais regressos e crueldade do que progressos. As gerações activas separam-se dos seus idosos de modo irreversível. A sociedade está organizada para quem produz. Eventualmente para quem virá a render amanhã. Mas não está, definitivamente não está organizada para quem cumpriu o seu tempo e os seus deveres, para quem rendeu e produziu, para quem espera acabar com algum calor e morrer em paz. Para esses, as famílias e os poderes preparam instituições e mecanismos capazes, não de lhes dar o que precisam, mas de lhes fornecer aquilo de que nós precisamos: ver os velhos à distância. As sociedades da eficácia e da competitividade querem os velhos estacionados, tão imóveis quanto possível, tão amestrados quanto imaginável e tanto de boa saúde quanto for útil para os outros, os mais novos: a isso, chamam-lhe conforto” (Barreto, 2000, p.8, cit In Lopes 2006).

Diante de um depoimento destes, pode dizer-se que esta situação retrata o tempo em que vivemos e não o tempo em que deveríamos conviver, onde se reflecte o egoísmo sobre a terceira idade, dando conta de uma permanente rejeição do idoso num quadro de cidadania que deveria ser plena e activa.

Na opinião de Lopes (2006), esta situação torna-se mais lamentável ao pensarmos que, ainda, não passaram assim tantos anos, desde o tempo em que convivíamos com o idoso, de forma a este sugerir e opinar, aconselhar, a contar as histórias da sua vida e a sua experiência adquirida ao longo dos anos. Este mesmo autor diz-nos, ainda, que mudam-se os tempos, mudam-se as vontades, e com o advento das pedagogias desligadas da vida, promoveram-se ideias contraproducentes a crianças que coabitam com idosos. Mas, satisfaz-nos saber, que o aparecimento das novas tendências apontam para uma valorização da terceira idade no quadro educativo.

É a partir daqui que a gerontologia educativa começa a adquirir uma importância crescente no campo das ciências da educação como estratégia de intervenção na prevenção e compensação de situações de deterioração do corpo, provocada pelo avanço da idade. A Animação Sociocultural na terceira idade funda-se, portanto, nos princípios de uma gerontologia educativa, promotora de situações optimizantes e operativas, com

vista a auxiliar as pessoas idosas a programar a evolução natural do seu envelhecimento, a promover-lhes novos interesses e novas actividades, que conduzam à manutenção da sua vitalidade física e mental, de perspectivar a Animação do seu tempo, que é, predominantemente, livre (Lopes 2006).

É o incremento deste tempo demasiado livre que, no contexto da Animação, deve servir para uma valorização pessoal, tendo como desiderato central a auto-estima e a participação comprometida com o bem-estar individual e colectivo. Isto mesmo nos diz Elizasu, através da noção da Animação Sociocultural no âmbito da terceira idade:

“ (...) A aparição da Animação Sociocultural no campo da terceira idade surge em resposta a uma ausência ou diminuição da sua actividade das suas relações sociais. Para preencher esse vazio, a Animação Sociocultural trata de favorecer a emergência de uma vida centrada á volta do indivíduo ou grupo. A Animação Sociocultural concebe a ideia de progresso das pessoas idosas através da sua integração e participação voluntária em tarefas colectivas nas quais a cultura joga um papel estimulante (...)” (Elizasu, 2001 p.13).

A Animação Sociocultural na terceira idade, projectada pelos princípios acima enunciados, encontra-se, de facto, em franca expansão. Nesta medida, têm vindo a emergir ramos especializados nesta modalidade de acção, de que destacamos a Animação estimulativa, a Animação no domicílio, a Animação na instituição como lares e centros de dia e a Animação turística para ma terceira idade.

Na perspectiva de Carreiras (1997), a Animação Gerontológica deverá dar ânimo à vida em grupo, potenciando as relações interpessoais, através da motivação sensibilização, organização e mobilização, com vista a se estabelecerem marcos referenciais para clarificar objectivos e programas de intervenção e de terapia ocupacional com idosos. É de salientar que o profissional de fomentar a auto-crítica e a auto - avaliação, tanto a nível interno como a nível comunitário.

Segundo Jacob (2008), o Homem nunca perde a vontade de brincar e esta manifestação acompanha-o ao longo da vida. No entanto, o mundo dos adultos vai impondo determinadas mudanças, e assim o percentual do tempo de brincar e de se divertir diminui. Atendendo a esta mudança, a Animação tem o papel de incentiva-lo a empreender certas actividades que contribuem para o seu desenvolvimento, dando-lhe o sentimento de pertencer a uma sociedade, em cuja evolução podem continuar a contribuir, pelo que a Animação Sociocultural para a terceira idade constitui um dos âmbitos mais promissores para o futuro da Animação Sociocultural, caracterizando-a

como uma forma de Animação que possui como estratégia não para dar mais anos à vida, mas sim, para dar mais vida aos anos (Ventosa, 2004).

O Animador Gerontólogo é aquele que perspectiva, planeia e realiza actividades direccionadas para a terceira idade. É capaz de estimular os outros para uma determinada acção. Actua como catalisador da sua vontade, ou de terceiros, junto de um grupo de pessoas. É um mediador, um intermediário, um provocador, um gestor e um agente de ligação entre um ou mais objectivos e o público - alvo.

Cabe a este criar movimento, vida, actividade que imagine, no entanto para tal é necessário que apresente propostas e sugestões que seduza, que imagine, que desperte, que suscite, que influencie, sem exercer qualquer tipo de obrigação ou criar um sentimento de obrigatoriedade. O Animador, deve ser activo, vivo, comunicador, encorajante, destemido, entusiasta e optimista, pois na sua actuação com os idosos, o profissional tem de agir como um facilitador, capaz de os capacitar a fazerem o melhor uso possível das suas capacidades (Montagner, 2008).

Além disso, e na opinião de Ferreira & Clos (2006), é através do estímulo do auto-conhecimento e do auto-cuidado que se gera uma melhoria na auto-estima, de forma a proporcionar ao idoso condições favoráveis para que este possa lidar com os seus potenciais e a partir daí construir uma maneira de ter contacto com o meio social de uma forma mais autónoma. Assim, procura-se que o individuo possua, de forma independente, um desempenho quer nas áreas pertencentes as AVD's, quer nas AIVD's.

A Terapia Ocupacional é o tratamento de condições de saúde que afectam o desempenho das pessoas em qualquer fase da vida através do envolvimento em actividades significativas, com o objectivo de lhes proporcionar o seu máximo nível de funcionalidade e de independência nas ocupações em que desejam participar (ESTSP, 2008).

A Terapia Ocupacional

“ (...) é a arte e a ciência e a ciência de permitir o envolvimento na vida diária, através de acções que visam o capacitar das pessoas para realizarem as suas ocupações e promoverem a saúde e o bem-estar, de forma a favorecer uma sociedade justa e integradora, para que todas as pessoas possam participar nas ocupações da vida diária” (Townsend & Polatajko 2007, pp. 27).

Posto isto, os profissionais de Gerontologia reconhecem que a saúde é apoiada e mantida quando os idosos são capazes de se envolver em ocupações e actividades que permitam a participação desejada ou necessária em casa, na instituição e na vida

comunitária. É deste modo que estes profissionais mostram uma preocupação, não só com as ocupações, mas também com a complexidade de factores que possam possibilitar ao idoso uma participação activa em ocupações significativas que promovam a sua funcionalidade (Wilcock & Townsend, 2008, cit por Carleto et al., 2010).

Por conseguinte, Wilcock & Townsend (2008), diz-nos que “(...) todas as pessoas precisam de ser competentes ou capacitadas para se envolver em ocupações de acordo com as suas necessidades e escolhas, para que assim possam crescer através daquilo que fazem”, pois considera-se a necessidade de ocupação como um problema quer na área social, quer na área da saúde.

Considerando o envelhecimento como um processo contínuo que se inicia a partir do nascimento, evoluindo até a morte sem interrupções, constatamos que este apresenta transformações constantes, tem-se notado que há uma desvalorização das necessidades do idoso que, na opinião de Pimentel (2001, cit. por Ximenes & Côrte, 2007) esta desvalorização justifica-se com a acreditação de que estas são capazes de limitar determinadas prioridades fisiológicas, sendo elas a alimentação, o vestuário, habitação, assim como os cuidados de higiene e de saúde.

Vários autores (Polatajko, 2001; Kielhofner, 1992; Magalhães, 1989 e Sorares, 1991, cit. Por Magalhães, 2003), defendem que o trabalho promove o bem-estar, pois a ocupação do idoso é tão necessária para a vida como a comida e bebida (Dunton, 1919, cit. Por Townsend & Polatajko, 2007). Em 1993, Wilcock e em 1985, Lawton's, descrevem que a ocupação da pessoa idosa preenche necessidades humanas básicas essenciais para a sobrevivência, fornecendo mecanismos para as pessoas exercerem e desenvolverem capacidades inatas de natureza biológica e sociocultural, para que assim possam se adaptar às mudanças ambientais, desenvolvendo-se como pessoas (Chung, 2004)

As terapias centradas na pessoa idosa vêem o idoso como um ser único, cujas características determinam a abordagem a aplicar, tendo em conta o que o idoso faz, pensa e sente, usando esses valores como o mecanismo central para a mudança, mantendo um envolvimento entre o Idoso e o Terapeuta (Portugal, 2004).

A intervenção com esta população é direccionada para a promoção da saúde, isto é, “ (...) um processo que habilita as pessoas a aumentar o controlo sobre e para melhorar a sua saúde” (OMS, 1986, cit. Por Carleto et al, 2010, pp.92), porém Wilcock (2006) afirma que se for seguida uma abordagem de promoção da saúde focada na ocupação, é possível adoptar-se uma crença através de um leque de oportunidades sobre

o que a pessoa aspira ser e poder fazer (Carleto et al., 2010). O mesmo autor defende que, os benefícios da intervenção ocupacional com idosos são multifacetados, pois visam apoiar a saúde e a participação activa na vida, tendo como resultado um aumento do desempenho ocupacional dos idosos, assim como a percepção de auto-eficácia sobre a sua vida e as suas habilidades.

Na opinião de Montagner (2008), é através da participação em actividades que as histórias pessoais são contadas, possibilitando o diagnóstico das necessidades e possibilidades que irão estabelecer todo o conjunto de práticas centradas no fazer humano, visando o favorecimento e a estimulação da independência, da autonomia, do auto-conhecimento, o bem-estar, a auto-estima, as habilidades e as potencialidades de cada indivíduo.

Por conseguinte, Castro, Lima & Brunello (2001) afirmam a importância das ocupações como promoção de mudanças quer de comportamentos, quer de atitudes, para que seja possível restabelecer o equilíbrio emocional, sendo estas, também, promotoras de trocas geracionais conduzindo a uma diminuição do isolamento. É de salientar que as actividades devem ter um valor significativo para os idosos e, que desse modo, estejam relacionados com os seus interesses quer pessoais, quer socioculturais.

Não obstante, e atendendo a que a Animação Sociocultural utiliza os jogos como Terapia ocupacional, pois os jogos estabelecem um elemento comum, capaz de reunir grupos de diferentes idades e culturas. Na opinião de Rodrigues (2009), são muitas as habilidades e os conhecimentos que podem ser adquiridos ou re-adquiridos com os jogos, sendo esta uma forma de aprendizagem prática que, consequentemente irá desenvolver e estimular a percepção sensorial, a comunicação, a socialização, assim como as habilidades cognitivas e psicomotoras. Além do mais, a autora diz-nos que esta é uma forma de proporcionar o prazer, criando um espaço de desenvolvimento da criatividade, da espontaneidade e da iniciativa, colmatando as emoções.

Considerando a ocupação como base para a manutenção e promoção da saúde e do bem-estar, é importante realçar-se deve dar-se especial importância ao que o que acontece com o comportamento ocupacional quando este é interrompido, quer seja de forma temporária ou definitiva, quer seja pelo surgimento de incapacidades físicas, ou até mesmo por um ambiente ou espaço comprometedor à autonomia e ao desempenho de determinadas funções.

Assim, o profissional ao intervir com a população idosa visará fortalecer as capacidades funcionais, cognitivas e sociais do idoso, com o objectivo que este execute

quer as actividades diárias, quer as actividades socioculturais com maior independência possível, de acordo com suas limitações.

Tendo em conta o papel, as funções e o objectivo da Animação e do Animador Gerontológico e relacionando-o com o papel do terapeuta ocupacional, encontramos pontos comuns entre os profissionais pois, ao intervir com uma população idosa é fundamental fazer-se uma avaliação da funcionalidade; cognitiva; ocupacional; da adaptação ao novo espaço e ambiente, assim como orientar o utente reinserindo-o na sociedade

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

As estratégias metodológicas subjacentes a este estudo assentam no pressuposto de testar, analisar e descrever a relação entre as acções socioculturais e a melhoria da capacidade funcional dos idosos institucionalizados e não institucionalizados, tendo como pontos de referência o Lar e Centro de Dia da Misericórdia de Machico (SCMM), a Universidade Sénior de Machico (USM) e os utentes da freguesia de Santo António da Serra.

Nesta segunda parte, apresentar-se-ão, também, os objectivos do estudo, as finalidades, as hipóteses a testar, o material e os métodos utilizados, bem como a análise e discussão dos resultados obtidos.

1.1. Tipo de estudo

Atendendo aos objectivos apresentados para a orientação desta investigação e sabendo que um estudo quantitativo é, segundo Bruns & Grove (1993) um processo formal, objectivo e sistemático que utiliza dados numéricos para obter informações detalhadas sobre a realidade, através da comparação de variáveis e da examinação de relações entre as variáveis.

O presente estudo é de carácter analítico, pois visa obter mais informações, não só sobre as características da população, mas também sobre fenómenos dos quais se pretendem obter mais informações, descrevendo vários conceitos acerca de uma determinada situação, de forma a responder a várias questões e relacionar os grupos, para que assim se possa comparar o nível de funcionalidade dos indivíduos.

1.2. Finalidade do estudo

Enquanto finalidades, este estudo visa, não só analisar a funcionalidade dos idosos, como também observar a relação das actividades socioculturais enquanto um fomento da funcionalidade do idoso ao nível da saúde física e mental.

1.3. Questões de investigação e Objectivos

Segundo Quivy (1998), uma questão de investigação deve apresentar qualidades de clareza, de exequibilidade e de pertinência.

Atendendo a que a questão apresentada é pertinente e surge de forma a dar resposta a um problema, considera-se que é, também, exequível, no sentido de que se trata de um problema real.

Assim, e de acordo com as questões de investigação colocadas – Quais os níveis de funcionalidade dos idosos institucionalizados e não institucionalizados? Qual a relação entre as acções socioculturais e o nível da capacidade funcional dos idosos institucionalizados e não institucionalizados?

Este estudo rege-se pelo objectivo de analisar a relação das actividades socioculturais nas capacidades dos idosos institucionalizados (SCMM e USM) e não institucionalizados (residentes no domicílio na freguesia de Santo António).

Pretende-se, ainda, avaliar a funcionalidade dos Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados, assim como funcionalidade ao nível da saúde física, saúde mental, actividades de vida diárias e socioculturais nos idosos da Santa Casa da Misericórdia de Machico, Universidade Sénior de Machico e Freguesia de Santo António da Serra.

1.4. Hipóteses

O desenvolvimento e a apresentação deste estudo têm por base a metodologia da OARS, estando a análise centrada na avaliação da capacidade funcional através da saúde física, saúde mental e das actividades de vida diárias e socioculturais.

Assim, as hipóteses formuladas são as seguintes:

Hipótese 1 - Existe relação entre a capacidade funcional e a classe etária;

Hipótese 2 - Existe relação entre a capacidade funcional e as habilitações literárias;

Hipótese 3- Existe relação entre as actividades socioculturais e a melhoria das capacidades dos idosos da Santa Casa da Misericórdia, da Universidade Sénior de Machico e da freguesia de Santo António de Machico.

Hipótese 4 – Existe Relação entre a saúde física, a saúde mental, as actividades de vida diárias e socioculturais dos idosos da Misericórdia de Machico, da Universidade Sénior de Machico e da Freguesia de Santo António da Serra e o nível de funcionalidade.

1.5. Variáveis

As variáveis abordadas no estudo enquadram-se em dois grupos, as dependentes e independentes.

Como variáveis independentes temos o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a participação em actividade de lazer e o estado de saúde (física e mental).

No que concerne às variáveis dependentes deste estudo, estas regem-se apenas pela avaliação multidimensional de funcionalidade em idosos.

1.6. População e Amostra

Fortin e Hunger (1995) definem a população como um conjunto de casos agregados que atendem a um conjunto de critérios. Por sua vez, uma amostra consiste num subconjunto de elementos que compõem a população.

Assim, o universo deste estudo é constituído por dois grupos de idosos, um que está inerente a uma Instituição – Universidade Sénior de Machico (215) e Misericórdia de Machico (80), e outro que não frequenta qualquer Instituição – Freguesia de Santo António da Serra (350).

No que concerne á amostra, estes foram seleccionados através de uma amostragem não probabilística. Dentro desta, procedeu-se à utilização de uma amostragem consecutiva, procurando-se obter um grupo de elementos inicialmente previstos. Atendendo a que esta é uma técnica de amostragem, entre todas as demais, a que menos consome tempo e é a menos dispendiosa, esta acarreta algumas limitações, pois muitas das fontes potenciais de tendenciosidade de seleção tendem a ser de auto-seleção. Por outro lado, esta amostragem pode ser usadas para desenvolver uma pesquisa caracterizadora, gerando idéias, intuições ou até mesmo hipótese (Marroco, 2010).

Assim, a população total com critério é de 47 indivíduos.

No processo de seleção da amostra para este estudo foram tidos em conta alguns critérios, nomeadamente, ter idade superior a 65 anos, frequentar uma academia sénior, estar institucionalizado num lar e residir na sua própria residência, capazes d conversar verbalmente.

Foram excluídos do estudo aqueles que, em função da orientação espaço-temporal e que não reuniam condições de colaborar no mesmo, fundamentados nas questões preliminares do questionário.

1.7. Material e Métodos

Seguidamente far-se-á referência ao modelo de avaliação utilizado neste estudo, a sua validação para populações portuguesas, assim como as variáveis e as escalas de

medida abordados. Ainda assim, será apresentada a população estudada e a respectiva amostra, juntamente com os critérios de inclusão e exclusão utilizados para a realização do mesmo.

1.7.1. Modelo de Avaliação OARS

A OARS é definida como um programa de recursos e serviços para idosos, tendo sido desenvolvida para avaliar a capacidade funcional em cinco áreas fundamentais para a qualidade de vida do idoso: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e actividades de vida diária e socioculturais.

A metodologia OARS foi desenvolvida para possibilitar uma avaliação da capacidade funcional em cinco áreas essenciais na qualidade de vida do idoso: recursos sociais (com ou sem participação em grupos de actividades Socioculturais); recursos económicos; saúde mental; saúde física e actividades de vida diárias (Rodrigues, 2009).

No entanto, este modelo de avaliação avalia, ainda, a utilização e a necessidade compreendida de vários tipos de serviços, permitindo, não só a avaliação de programas de intervenção, mas também a tomada de decisões fundamentadas sobre o impacto de recursos e serviços.

Portanto, as medidas de avaliação multidimensionais são as mais apropriadas para as populações idosas, uma vez que avaliam o grau de independência apesar da doença, das limitações físicas ou mentais e do apoio social.

Partindo desses pressupostos, o modelo conceitual do OARS inclui três elementos:

- Avaliação da capacidade funcional, de forma a agrupar indivíduos com idêntica capacidade funcional;
- Avaliação do uso e da necessidade de serviços, tendo em conta a diferenciação desses aspectos, definindo o seu uso actual e a necessidade percebida;
- Avaliação de alternativas de serviços a implementar em função da capacidade funcional.

Este modelo de avaliação encontra-se dividido em duas partes: a parte A (Multidimensional Functional Assessment Questionnaire, ou OARSMFAQ) permite a avaliação funcional multidimensional (áreas de recursos sociais e económicos, saúde mental, saúde física e actividades de vida diária) e a parte B (Services Assessment Questionnaire), onde são avaliados factores como a utilização e a necessidade percebida de serviços. As duas partes podem ser utilizadas em conjunto ou separadamente, sendo

que para relacionar a informação de ambas as partes, estas devem ser administradas ao mesmo tempo, já que alguns itens da parte B estão directamente relacionados com a parte A. No entanto, é possível a utilização de apenas algumas questões específicas de cada área (Rodrigues, 2009).

1.7.1.1. Versão portuguesa da OARS

Segundo Rodrigues (2009), autor da versão portuguesa da OARS, esta foi traduzida para português europeu, em que depois de retrovertida, consideraram a opinião de um conjunto de três juízes (portugueses com conhecimento da língua inglesa, experiência na utilização de escalas de medição em saúde e experiência profissional em cuidados de saúde primários e cuidados a idosos). Após alterações pontuais sugeridas, a escala, denominada Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (QAFMI), foi considerada como apta a ser utilizada. Na elaboração desta versão foram mantidas todas as características da versão original. No questionário, cada conjunto de perguntas é precedido por uma nota introdutória que situa o respondente quanto ao tema que será abordado e à forma como deve fornecer a resposta.

Com a aplicação da versão em português europeu foram obtidos valores globais mais elevados na escala de recursos económicos e saúde física, não apresentando as outras versões valores muito distintos. Numa análise geral das cinco escalas, e apesar das diferenças acima analisadas, a tendência é de acompanhar os valores das outras versões.

Em suma, o autor da versão em causa considera que, pela metodologia, pela qualidade e pelo volume de informação obtida, o QAFMI pode desempenhar um importante papel no estudo da população idosa, sendo possível identificarem-se problemas que servem de orientação para intervenções. Posto isto, a análise dos dados indica que a versão em português europeu equivale à versão original (Rodrigues, 2009).

1.8. Procedimentos e Considerações éticas

A Ética é tida como um tipo de conhecimento racional que tem por objetivo a determinação das regras de conduta que prescrevem os actos que traduzem a noção de bem, ou felicidade, no agir humano. Nesse sentido, a responsabilidade moral dos cientistas indica a disposição que eles têm de justificar, de oferecer boas razões, para as formas de conduta que efetivamente possuem quando produzem suas teorias ou quando descrevem formas de conduta que poderiam produzir determinados resultados (Peluso, 2010).

Num processo de investigação é fundamental ter-se em conta todo o comportamento humano, assim como toda a relação entre o investigador, os sujeitos e os diversos contextos a investigar.

Na investigação a questão ética central passa pelo dilema que inclui dois sistemas de valores, um que em é valorizada toda a crença no valor e na necessidade da investigação em si mesmo e outro em que se valoriza a crença na dignidade humana.

Para a realização deste percorreu-se um conjunto de etapas, em que primeiramente procedeu-se à realização de um pedido de autorização via electrónica, aos autores dos instrumentos de avaliação, para que estes permitissem a sua utilização.

Posteriormente, foi realizada uma solicitação formal a duas entidades, a Misericórdia de Machico e Universidade Sénior de Machico, para que fosse possível a recolha de dados e administração dos instrumentos, ficando clara a natureza do estudo e garantindo-se o respeito por todas as normas éticas e deontológicas, no que concerne ao sigilo e à confidencialidade dos dados recolhidos.

Elaborou-se um documento com a explicação de todo o processo de investigação e respectivo consentimento informado, devidamente preenchido e assinado por cada idoso. É de salientar que o documento foi organizado tendo em atenção o pedido de participação de cada idoso, assim como autorização da divulgação do estudo.

Posto isto, e antes de se proceder à implementação dos questionários, apresentaram-se e explicaram-se aos idosos, os objectivos e finalidades do estudo, para que assim pudessem proceder ao preenchimento da escala OARS.

Para a aplicação dos questionários, sob a forma de entrevista, foi necessária a realização de um treino dos conhecimentos a dois entrevistadores com o mesmo nível de formação, onde foram definidos todos os procedimentos fundamentais ao preenchimento dos questionários, pois num dos locais a aplicação dos mesmos não poderia ser efectuada pelo protagonista do estudo, visto ser a sua entidade patronal.

A aplicação dos questionários decorreu entre os meses de Janeiro e Março, sendo que a duração das entrevistas foi variável, tendo-se estimado uma média de 45 minutos por inquirido.

1.9. Procedimentos estatísticos

Para a realização deste estudo, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), numa versão 18.0, para que assim se pudesse realizar todo o tratamento estatístico.

A análise a este estudo apresenta-se em tabelas descritivas com os valores médios e o desvio padrão para os scores das variáveis em estudo.

No que concerne à determinação estatística de cada factor sobre cada variável em estudo, utilizaram-se os testes *t-student* para comparar dois valores médios. Utilizou-se também, o teste *Levene* para medir a homogeneidade da variância nos dois grupos, assim como o teste de *Shapiro-Wilk* e o teste de *Kruskal-Wallis*, em que o primeiro serviu para testar se as variáveis em estudo possuem ou não distribuição normal, enquanto o segundo, para além de poder ser usado como alternativa não-paramétrica à *ANOVA*, serve para testar se duas ou mais amostras provém de uma mesma população ou de duas populações diferentes (Marroco, 2010).

Com a utilização destes instrumentos foi permitida a caracterização dos grupos, possibilitando assim a utilização do *chi-square*, para que assim fossem identificadas as relações entre a capacidade funcional e a classe etária.

Além destes, foi também utilizada uma estatística descritiva depois de termos todos os resultados.

2. ANÁLISE DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados e apresentação dos resultados apresenta os resultados provenientes da pesquisa quantitativa.

2.1. Caracterização da amostra:

A população inquirida é composta por 47 indivíduos sendo 72,3% do sexo feminino e 27,7% do sexo masculino.

Relativamente ao local onde foi aplicado o questionário, através da observação da tabela 1 conclui-se que 51,1% dos inquiridos não são da Comunidade (Freguesia de Stº António da Serra), 25,5% frequentam a Santa Casa da Misericórdia de Machico e 23,4% a Universidade Sénior de Machico.

Tabela 1 – Composição da amostra relativamente ao endereço do questionário

Endereço do Questionário	Frequência	%
SCMM	12	25,5
USM	11	23,4
Comunidade	24	51,1
Total	47	100

Numa análise por idade do inquirido, constata-se que a grande maioria dos inquiridos 42,6%, situa-se entre os 65 e os 69 anos, como se poderá verificar na tabela 2, 25,5% no escalão entre os 70 e os 74 anos. Com idade igual ou superior a 80 anos o número de inquiridos é menos significativo, abrangendo neste escalão apenas 12,8% dos casos.

Tabela 2 – Composição da amostra relativamente ao escalão etário

Escalão Etário (Anos)	Frequência	%
65-69	20	42,6
70-74	12	25,5
75-79	9	19,1
80-84	4	8,5
Mais de 85	2	4,3
Total	47	100

Ao nível do estado civil, constata-se que 57,4% dos inquiridos são casados ou vivem em união de facto. O estado civil solteiro e viúvo abrangem em ambos os casos 21,3% dos inquiridos.

No que se refere às habilitações literárias/ instrução verifica-se, na tabela 2, que 66,0% dos inquiridos tem habilitações iguais ao ensino básico primário, 12,8% não sabe ler ou escrever e 10,6% o ensino básico preparatório. 8,6% dos inquiridos tem habilitações superiores ao ensino preparatório.

Tabela 3 – Composição da amostra relativamente à instrução

Instrução	Frequência	%
Não sabe ler nem escrever	6	12,8
Ensino básico primário	31	66,0
Ensino básico preparatório	5	10,6
Ensino secundário	2	4,3
Ensino Superior	2	4,3
Não sabe, não responde ou não se aplica	1	2,1
Total	47	100

2.2. Distribuição da amostra no que respeita à multifuncionalidade

	Recursos Sociais	Recursos Económicos	Saúde Mental	Saúde Física	AVD e ASC
N	47	47	47	47	47
Média	1.77	2.06	1.68	2.26	2.34
Desvio Padrão	0.428	0.763	0.471	1.113	1.592

Tabela 4 - Distribuição da amostra no que respeita à multifuncionalidade

2.3. Interpretação dos resultados dos testes de hipóteses

Hipótese 1 - Existe relação entre a capacidade funcional e a classe etária;

Para o teste da H1 desta hipótese realizou-se o teste de normalidade da relação entre a capacidade funcional e a classe etária, conforme expresso na tabela 3 existe uma violação da normalidade, pelo que se justifica a aplicação o teste não paramétrico Kruskal-Wallis.

Tabela 5 - Teste da normalidade da relação entre a capacidade funcional e a classe etária

	<i>Kolmogorov-Sminov^a</i>			<i>Shapiro-Wilk</i>			
	<i>Idade</i>	<i>Estatística</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>	<i>Estatística</i>	<i>Df</i>	<i>Sig.</i>
Total de Capacidade							
Funcional							
	65-69	,180	20	,090	,916	20	,080
	70-74	,217	12	,126	,847	12	,034
	75-79	,211	9	,200	,898	9	,238
	80-84	,394	4		,773	4	,062
	Mais de 85	,260	2				

Através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis podem verificar-se, na tabela 3, as dimensões e a ordem média de cada grupo. No segundo quadro apresenta o valor da estatística de teste (chi-square), os graus de liberdade (df) e a probabilidade de significância calculada (Asymp. Sig). Sendo $p = 0,360 > \alpha = 0,05$ não rejeitamos a hipótese das médias serem iguais entre os grupos concluindo que as diferenças encontradas entre os grupos não são estatisticamente significativas.

Tabela 6 - Diferença de médias entre a capacidade funcional e a classe etária (teste Kruskal-Wallis para amostras independentes)

	<i>Idade</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>
Total de Capacidade			
Funcional			
	65-69	20	21,88
	70-74	12	28,83
	75-79	9	26,06
	80-84	4	22,50
	Mais de 85	2	10,00
	Total	47	

Tabela 7 - Testes estatísticos entre a funcionalidade e a classe etária

	Total Capacidade Funcional
Qui-quadrado (Chi-Square)	4,356
df	4
Probabilidade de significância	,360

Hipótese 2 - Existe relação entre a capacidade funcional e as habilitações literárias;

A aplicação do teste de Shapiro-Wilk, serve para analisar sempre que as dimensões das amostras são inferiores a 50. Neste caso, os níveis de significância associados a cada teste são 0,094, 0,062 e 0,278. Assim, pode-se concluir com um erro de 0,05 que todas as distribuições das habilitações escolares são normais.

Estamos pois dentro das condições impostas para a aplicação do teste paramétrico (ANOVA).

Tabela 8 – Teste da normalidade da relação entre a capacidade funcional e as habilitações literárias

<i>Instrução</i>	<i>Kolmogorov-Smimov^a</i>			<i>Shapiro-Wilk</i>		
	<i>Estatística</i>	<i>Df</i>	<i>Sig.</i>	<i>Estatística</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
<i>Não sabe ler nem escrever</i>	0,358	6		0,823	6	0,094
<i>Ensino básico primário</i>	0,124	31		0,935	31	0,062
<i>Ensino básico preparatório</i>	0,332	5	,016	0,873	5	0,278
<i>Ensino secundário</i>	0,260	2	,200			
			,075			

A diferença de médias é feita entre grupos e dentro dos mesmos grupos, pelo que aqui referimo-nos ao grupo não institucionalizado e aos grupos institucionalizados. Assim, tendo em conta a tabela 6 e dado que a significância é igual a 0,125, não se pode rejeitar a hipótese das médias serem iguais, logo a diferença das médias observada não é estatisticamente significativa ($F(5,41) = 1,846$; $p = 0,125$).

Tabela 9 - Diferença de médias entre a capacidade funcional e a classe etária (ANOVA para amostras independentes)

	Soma dos quadrados	Df	Média	F	Sig.
Entre grupos	84,975	5	16,995	1,846	0,12
Dentro dos grupos	377,494	41	9,207		
Total	462,468	46			

Hipótese 3 – Existe relação entre participação em actividades socioculturais e a funcionalidade dos idosos da SCMM, da USM e da comunidade.

O teste de Shapiro-Wilk analisa-se sempre as dimensões das amostras são inferiores a 50. Neste caso, os níveis de significância associados a cada teste são 0,023, 0,008 e 0,00. Assim, pode-se concluir com um erro de 0,05 que todas as distribuições têm uma distribuição não normal, logo vai ser utilizado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis.

Tabela 10 – Teste da normalidade da relação entre participação em actividades socioculturais e a funcionalidade dos idosos da SCMM, da USM e da comunidade.

	<i>Kolmogorov-Smimov^a</i>			<i>Shapiro-Wilk</i>		
	<i>Estatística</i>	<i>Df</i>	<i>Sig.</i>	<i>Estatística</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
SCMM	0,289	12	0,007	0,833	12	0,023
USM	0,300	11	0,007	0,793	11	0,008
Comunidade	0,270	24	0,000	0,802	24	0,000

O valor do teste 2,104 tem associado um nível de significância de 0,349, pelo que não se rejeita a hipótese da igualdade múltipla das médias das ordens, logo as diferenças verificadas entre os diversos locais de residência não têm um efeito estatisticamente significativo sobre as actividades socioculturais ($X^2_{kw}(2)=2,104$; $p=0,349$; $N=47$).

Tabela 11 – Testes estatísticos participação em atividades socioculturais e a funcionalidade dos idosos da SCMM, da USM e da comunidade

Desempenho das AVD'S e ASC's	
Qui-quadrado (Chi-Square)	2,104
df	2
Probabilidade de significância	0,349

Hipótese 4 – Existe relação entre a saúde física, a saúde mental, as actividades de vida diárias e socioculturais dos idosos da SCMM, da USM e da comunidade e o nível de funcional.

Ao analisar-se a tabela 11, verifica-se que a saúde mental, a saúde física e as actividades de vida diárias e socioculturais têm uma distribuição normal, pelo que se justifica a utilização do teste não paramétrico Kruskal-Wallis.

Por outro lado, o nível de funcionalidade tem uma distribuição normal, pelo que será utilizada a Anova para comparação de médias.

Tabela 12 - Teste da normalidade entre a saúde física, a saúde mental, as actividades de vida diárias e socioculturais dos idosos da SCMM, da USM e da comunidade e o nível de funcional.

	<i>Endereço do Questionário</i>	<i>Kolmogorov-Smimov^a</i>			<i>Shapiro-Wilk</i>		
		<i>Estatística</i>	<i>Df</i>	<i>Sig.</i>	<i>Estatística</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
<i>Classificação de saúde mental</i>	<i>SCMM</i>	0,530	12	0,000	0,327	12	0,000
	<i>USM</i>	0,492	11	0,000	0,486	11	0,000
	<i>Comunidade</i>	0,336	24	0,000	0,640	24	0,000
<i>Classificação de saúde física</i>	<i>SCMM</i>	0,275	12	0,013	0,823	12	0,017
	<i>USM</i>	0,310	11	0,004	0,866	11	0,069
	<i>Comunidade</i>	0,318	24	0,000	0,744	24	0,000
<i>Classificação de AVD's e ASC's</i>	<i>SCMM</i>	0,289	12	0,007	0,833	12	0,023
	<i>USM</i>	0,300	11	0,007	0,793	11	0,008
	<i>Comunidade</i>	0,270	24	0,000	0,802	24	0,000
<i>Nível de funcionalidade</i>	<i>SCMM</i>	0,181	12	0,200	0,964	12	0,836
	<i>USM</i>	0,173	11	0,200	0,937	11	0,489
	<i>Comunidade</i>	0,147	24	0,192	0,919	24	0,055

Tabela 13 – Testes estatísticos entre a saúde mental e o local de residência

Saúde mental	
Qui-quadrado (Chi-Square)	3,426
df	2
Probabilidade de significância	0,024

A tabela anterior apresenta o valor da estatística de teste qui quadrado, os graus de liberdade df e a probabilidade significativa calculada. Assim e sendo $p=0,024 < \alpha=0,05$, rejeitamos a hipótese das médias serem iguais entre os grupos concluindo que as diferenças encontradas entre os grupos são estatisticamente significativas.

Tabela 14 – Testes estatísticos entre a saúde física e o local de residência

	Saúde física
Qui-quadrado (Chi-Square)	3,729
df	2
Probabilidade de significância	0,155

O valor do teste 3,729 tem associado um nível de significância 0,155, pelo que não se rejeita a hipótese da igualdade múltipla das médias das ordens, logo as diferenças verificadas entre o local de residência não têm um efeito estatisticamente significativo sobre a saúde mental ($X^2_{kw}(3)=3,729; p=0,155; N=47$).

Tabela 15 – Testes estatísticos AVD's e ASC's

	AVD's e ASC's
Qui-quadrado (Chi-Square)	2,104
df	2
Probabilidade de significância	0,349

Sendo $p=0,349 > \alpha=0,05$, logo não rejeitamos a hipótese das médias serem iguais entre os grupos concluindo que as diferenças encontradas nas actividades de vida diárias e socioculturais entre os grupos não são estatisticamente significativas.

Através da aplicação do teste da Anova verifica-se que o sig=0,234, pelo que não se rejeita a hipótese das médias serem iguais, logo a diferença das médias observadas no nível de funcionalidade pelo local de residência não é estatisticamente significativa.

Tabela 16 – Nível de funcionalidade por local de residência

	Soma dos quadrados	Df	Média	F	Sig.
Entre grupos	29,551	2	14,776	1,502	0,234
Dentro dos grupos	432,917	44	9,839		
Total	462,468	46			

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na discussão dos dados far-se-á a ligação entre as diversas partes do estudo em relação à interpretação dos resultados de maior significância. Atendendo à escassez de estudos semelhantes, a respectiva interpretação será apoiada na revisão da literatura efectuada e em dados resultantes de estudos que darão uma visão mais integradora da nossa realidade em relação a outras realidades.

Inicialmente centrar-nos-emos na caracterização da amostra, seguindo-se a discussão dos principais resultados obtidos, tendo em conta a literatura existente.

O presente estudo, realizado com uma amostra de 47 indivíduos com idades superiores a 65 anos, frequentadores de umas das instituições seleccionadas, deparamo-nos com uma predominância de indivíduos do sexo feminino, representando, respectivamente, 72% e 28% da amostra.

Em relação às idades, estas variam entre os 65 e os 85 e mais anos, sendo que a distribuição da média por idades encontra-se na classe etária compreendida entre os 70 e os 74 anos, com um desvio padrão de 3,45 anos.

Comparando estes dados com o estudo realizado por Rodrigues em 2009, verificamos que estes estão em conformidade com os do autor. O panorama nacional acompanha o agravar do envelhecimento da população residente, com um predomínio do sexo feminino, à semelhança do que acontece em outros países, devido à esperança média de vida nas mulheres ser superior, vivendo estas mais três anos e meio que os homens (Rodrigues, 2009).

No que concerne às habilitações literárias, verificamos que a maioria dos indivíduos frequentou o ensino básico primário, com uma percentagem de 66,0%, seguindo-se os indivíduos que não possuem qualquer instrução educacional com 12,8%. Desta forma, salienta-se que embora sejam indivíduos com idades avançadas há uma prevalência dos utentes com níveis de literacia em relação aos que não sabem ler nem escrever.

Comparando estes dados com os do estudo realizado por Rodrigues em 2009, as habilitações literárias variam entre a situação de não saber ler nem escrever até ao

ensino médio, pelo que nenhum elemento da amostra possuía formação de nível superior, pelo que os dados obtidos neste estudo diferem dos dados do autor referido.

Relativamente ao estado civil dos inquiridos verificamos que, 57,4% dos indivíduos são casados ou vivem em união de facto, seguindo-se 21,3% dos indivíduos viúvos e em igual percentagem os indivíduos solteiros.

Estes dados, divergem dos obtidos por Rodrigues (2009), e mostram-nos uma diferença percentual de mulheres em relação aos homens, pois o valor superior para o estado civil de casados ou a viver em união de facto e um menor valor de viúvos, quer de solteiros, sendo que as mulheres apresentam-se com valores mais elevados para o estado civil de casadas e uma diminuição do estado de viúva ou solteira.

Por conseguinte e em relação à frequência e não frequência de instituições, deparamo-nos com 51,1% dos indivíduos a residirem na sua habitação e a não frequentarem qualquer instituição, 25,5% dos indivíduos a residirem num lar e a frequentar as actividades que lá se desenvolvem e ainda, 23,4% dos indivíduos que residem no domicílio mas frequentam uma instituição para realizarem qualquer tipo de actividade.

Ao testarmos as hipóteses, constatou-se no teste de H1 verificou-se as dimensões e a ordem média de cada grupo. Ao calcularmos a probabilidade de significância obtivemos um valor de $p = 0,360 > \alpha = 0,05$, logo não rejeitamos a hipótese das médias serem iguais entre os grupos concluindo que as diferenças encontradas entre os grupos não são estatisticamente significativas.

Este resultado faz-nos que não existe qualquer relação entre a idade do utente e a sua funcionalidade.

No teste de H2, os níveis de significância associados a cada teste apresentam valores de $p = 0,094$, $p = 0,062$ e $p = 0,278$, tendo um erro de 0,05, o que podemos concluir que todas as distribuições das habilitações escolares são normais.

No que concerne à diferença de médias feita entre grupos e dentro dos mesmos grupos, a significância é igual a 0,125, pelo que não se pode rejeitar a hipótese das médias serem iguais, logo a diferença das médias observada não é estatisticamente significativa ($F(5,41) = 1,846$; $p = 0,125$).

Desta forma, verificamos que não existe qualquer relação entre a funcionalidade e as habilitações literárias nos grupos estudados.

Passamos agora a discutir os resultados referentes à funcionalidade dos idosos, como também observar a relação das actividades de vida diária e socioculturais, enquanto um fomento da funcionalidade do idoso ao nível da saúde física e mental.

Em relação ao primeiro objectivo, que coincide com H3, “analisar a relação das actividades socioculturais nas capacidades dos idosos institucionalizados (SCMM e USM) e não institucionalizados (residentes no domicílio na freguesia de Santo António)”, os dados obtidos revelam que não existe um efeito estatisticamente significativo ($p=0,349$) sobre as actividades socioculturais e o local de residência, pelo que se verifica que o meio não influencia o nível de funcionalidade.

Segundo Veras (1997), a funcionalidade é muito útil no envelhecimento, pois envelhecer mantendo as funções não significa problemas para o idoso, família ou comunidade, em que está inserido, no entanto, se as funções se deterioraram, criam-se incapacidades que condicionarão a sua autonomia e satisfação no auto-cuidado.

Se por um lado e à medida que as pessoas envelhecem, as suas casas e o meio que as rodeiam tornam-se mais significativos para estas criando-se laços de afectivos e, em consequência, envelhecer no seu espaço habitacional, prevenindo a institucionalização é uma das maiores necessidades dos idosos e das suas famílias (Gitlin, 2003). Assim, atendendo ao crescente aumento da população idosa incapacitada ou semi-incapacitada, ao tipo de famílias e à disponibilidade para a prestação de cuidados aos seus há, cada vez mais, uma necessidade de se recorrerem às institucionalizações dos idosos.

No que concerne às AVD's e às ASC's, na opinião de Veras (1997), existem várias formas de medir as funções desempenhadas pelos indivíduos, e se as capacidades do idoso forem resgatadas de forma plena ou adoptada, podem realizar-se as actividades quer diárias, quer socioculturais de forma independente, ou seja, deve estimular-se o idoso a participar dentro das suas possibilidades, em que as actividades devem ser feitas com o idoso e não por ele.

Ao compararmos estes resultados obtidos por Rodrigues, no desenvolvimento do seu estudo, verificamos que em ambos os estudos não existe diferença significativa entre os grupos e a funcionalidade.

A saúde e o bem-estar dos idosos são modificáveis, pelo que as determinantes de saúde nesta população são complexas, abrangendo as diversas dimensões: funcional, mental e social. Segundo Greaves & Farbus (2006), citado por Rodrigues (2009), as actividades sociais e lúdicas nos idosos que se encontram na comunidade aumentam a sua actividade cognitiva, assim como o sentimento de auto-estima, de identidade de grupo e de bem-estar, apesar das suas limitações funcionais, diminuindo os sintomas de vulnerabilidade emocional.

Neste sentido, é de salientar a importância das actividades socioculturais quer nos idosos institucionalizados, quer nos que residem na comunidade, pois estas promovem a melhoria da funcionalidade do utente (Rodrigues, 2009).

Os resultados da amostra em estudo conduzem-nos a uma semelhança de actividades lúdicas e de lazer a serem frequentadas quer por utentes institucionalizados, quer por utentes não institucionalizados.

Em relação ao segundo objectivo e H4 “ avaliar a funcionalidade dos Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados, assim como funcionalidade ao nível da saúde física, saúde mental, actividades de vida diárias e socioculturais nos idosos da Santa Casa da Misericórdia de Machico, Universidade Sénior de Machico e Freguesia de Santo António da Serra” verificamos que por rejeição de os valores das médias obtidos as diferenças encontradas entre os grupos são significativas ($p=0,02$). Numa análise entre o local de residência e a saúde mental os resultados destes indicam-nos a um valor de $p= 0,155$, pelo que este não é significativo entre o primeiro sobre o segundo, verificando-se o mesmo entre as AVD's e as ASC's e os grupos com um valor de $p=0,349$. Por conseguinte, a relação entre a funcionalidade e o local de residência não apresenta ligação significativa, sendo $p=0,234$.

O primeiro aspecto a realçar, quanto à avaliação da saúde física é o facto de não se observar diferenças estatisticamente significativas entre grupos.

Segundo Lyyra et al. (2006) citado por Rodrigues (2009), a presença de um número de doenças crónicas não diminuía o nível de qualidade de vida, evidenciando que os idosos que percepcionavam satisfação com a sua vida no momento presente viviam mais tempo independentemente da possibilidade de ocorrência de doença, ou disfunção física, cognitiva ou baixo apoio social.

Posto isto, e em relação à saúde física, os determinantes da mudança de estado físico ao longo do tempo é de elevada importância para a adequação dos cuidados de intervenção na e com a população idosa (Wilson, Barnes, Krueger, Hoganson, & Benner, 2005), o que há uma incidência na diminuição da habilidade manual, especialmente a partir dos 65 anos, onde se começa a notar um declínio gradual. Esta resulta das alterações músculo esqueléticas, vasculares, nervosas e de doenças como a osteoporose, osteoartrite e artrite reumatóide (Carmeli et al., 2003).

Segundo Andrews (2000), citado por Rodrigues (2009, p. 244) “as actividades de promoção da saúde devem ter em conta os elementos psicossociais, estando comprovado que, nos idosos a actividade física moderada regular, associada a

actividades sociais e ocupacionais, comporta benefícios para a saúde dos idosos que as praticam”.

Ao nível da saúde mental e tendo em conta os estudos já efectuados e sabendo que os processos degenerativos relacionados com o envelhecimento, acrescem a estes os factores hereditários e os adversos psicossociais, que contribuem, num conjunto mútuo para o aumento da susceptibilidade ou desencadear de depressão no idoso (Alexopoulos, 2005).

Limitações do estudo

Uma das principais limitações deste estudo recai sobre a simensão 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 fraco. Foram incluídos apenas os residentes no Lar da Misericórdia de Machico, utentes da Universidade sénior e utentes da freguesia de Santo António da Serra em igual número para que fosse possível comparar os grupos e que poderiam ter capacidades adequadas para colaborar com a aplicação do instrumento da OARS.

Por outro lado, a dimensão do questionário, exigindo um elevado tempo na realização da entrevista, conduziu a uma ponderação na definição do tamanho da amostra, conjugando o volume de informação com os objectivos propostos, o que dificultou a conjugação de toda a informação pedida pelo Questionário de Avaliação Multidimensional de Idosos.

Contudo, de todas as limitações encontradas resultou uma maior experiência e um ganho de competências adquiridas para o planeamento e desenho do estudo.

Implicações práticas

Tendo em conta os resultados obtidos com o presente estudo consideram-se algumas recomendações para investigação na área do envelhecimento e da Animação Sociocultural enquanto uma Terapia Ocupacional.

É fundamental consciencializar a população em geral para a importância de se desenvolverem programas de actividades lúdicas e de lazer significativas quer para os idosos institucionalizados, quer para os residem no seu domicílio, no sentido de promover uma melhoria da funcionalidade e do bem-estar.

Seria interessante e pertinente aprofundar este estudo com uma revisão mais aprofundada sobre as temáticas que aqui foram abordadas, para que fosse possível perceber os determinantes das necessidades ocupacionais e que desta forma que permitisse fazer correlações com o índice de funcionalidade adaptada as actividades socioculturais.

Na falta de instrumentos que avaliem ganhos da Animação Sociocultural na funcionalidade dos idosos, é necessária mais investigação sobre os instrumentos disponíveis, passíveis de serem utilizados na prática da animação sociocultural, sendo sensíveis ao ganho desta intervenção específica, este estudo demonstra que a OARS pode não ser um instrumento adequado para este efeito.

Assim, pretende-se 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 quer aos efeitos da institucionalização, quer aos efeitos de residir no domicílio de forma a direccionarem esforços para promover a autonomia, a independência e a reabilitação deste grupo de pessoas, daí que se considere pertinente mais investigação e produção científica nestas áreas.

CONCLUSÃO

A problemática do envelhecimento e o seu impacto social é uma questão que desde há muito se coloca e, como tal, a política social neste âmbito tem uma história recente na generalidade dos países.

Em Portugal, uma política de apoio às pessoas idosas já está consagrada na Constituição da República desde 1976, pelo que as intervenções políticas nesta área têm sido meramente suficientes.

São vários os estudiosos que se têm dedicado a esta problemática procurando dar o seu contributo na definição de políticas gerontológicas mais eficientes. Na sua essência, assentam em princípios fundamentais como sejam a interdisciplinaridade, a intersectorialidade, a manutenção do idoso na sua comunidade e de preferência no seio familiar e a revalorização do seu papel na sociedade contemporânea.

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 Gerontólogos, mas também para todos os profissionais que trabalham quer com residentes em lares para idosos, quer com residentes no domicílio.

Este estudo permitiu, não só analisar a melhoria da capacidade funcional dos idosos, como também observar a relação das actividades de vida diárias e socioculturais enquanto um fomento da funcionalidade do idoso ao nível da saúde física e mental.

No que concerne aos resultados obtidos, constatou-se que a relação das actividades socioculturais nas capacidades dos idosos institucionalizados (SCMM e USM) e não institucionalizados (residentes no domicílio na freguesia de Santo António) não revela um efeito estatisticamente significativo ($p=0,349 > 0,05$) sobre as actividades socioculturais e o local de residência, pelo que se verifica que o meio não influencia o nível de funcionalidade.

Por outro lado, e no que concerne à funcionalidade dos Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados, assim como à funcionalidade ao nível da saúde física, saúde mental, actividades de vida diárias e socioculturais nos idosos da

Santa Casa da Misericórdia de Machico, Universidade Sénior de Machico e Freguesia de Santo António da Serra constatou-se que, por rejeição dos valores das médias obtidos as diferenças encontradas entre os grupos são significativas ($p=0,02$). Numa análise entre o local de residência e a saúde mental os resultados destes indicam-nos a um valor de $p= 0,155$, pelo que este não é significativo entre o primeiro sobre o segundo, verificando-se o mesmo entre as AVD's e as ASC's e os grupos com um valor de $p=0,349$. Por conseguinte, a relação entre a funcionalidade e o local de residência não apresenta ligação significativa, sendo $p=0,234$.

Em relação aos objectivos aos quais nos propusemos foram parcialmente atingidos, dado que a reduzida dimensão da amostra dificultou a constatação de evidências significativas.

No entanto, a importância deste estudo está relacionada com o desafio de compreender o ser humano e na falta de instrumentos que avaliem ganhos da Animação Sociocultural na funcionalidade dos idosos, verificou-se que são necessárias mais investigação sobre os instrumentos disponíveis, passíveis de serem utilizados na prática da animação sociocultural, sendo sensíveis ao ganho desta intervenção específica, este estudo demonstrou que a OARS pode não ser um instrumento adequado para este efeito.

BIBLIOGRAFIA

- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet* , 1961-1970.
- Ander-Egg, E. (1999). *O léxico do Animador*. Amarante: Gráfica do Norte.
- Bacelar, R. (1999). *Envelhecimento e Produtividade: Processos de Subjetivação*. Pernambuco: Fundação Antônio dos Santos Abranches- FASA.
- Beauvoir, S. (1990). *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bengston, V., Rice, C., & Johnson, L. (1999). Are Theories of aging important? Models and explanations in gerontology at the turn of the century. In V. Bengston, & K. W. Shaie, *Handbook of Theories of aging* (pp. 3-20). New York: Springer Publishing Company.
- Berger, L. (1995). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In L. Berger, & D. Mailloux, *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Birren, J. E., & Birren, B. A. (1996). Autobiography: Exploring the Self and Encouraging. In *Aging and biograppfy: explorations in adult development* (pp. 283-300). New York: Springer Publishing.
- Bobbio, N. (1997). *O tempo da memória: de senectude e outros escritos autobiográficos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Burns, A., Dening, T., & Baldwin, R. (2001). Care of older people: mental health problems. *British Medical Journal* , 322, 789-781.
- Burt, J., & Raine, R. (2006). The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review. *Age and Ageing* , 469-476.
- Cadete, D. G. (2005). *O idosos, a doença e o hospital*. Lisboa: Lusociência.
- Carleto, D. G. S., et al., (2010) *Estrutura e prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo*. Revista Triangular: Ens. Pesq. Ext. Uberaba: MG, V. 3, n.º 2, pp. 57-147. Julho/Desembro.
- Carmeli, E., Patish, H., & Coleman, R. (2003). The aging hand. *The Journal of Gerontology* , 146-152.

- Carreiras, J. S. (1997). *Tercera Edad y Animación Sociocultural*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Casanova, J., Alvarenga, f., & Coelho, J. (2001). *Quadros sociais de Envelhecimento*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Castel, R. (1990). Extreme Cases of Marginalisation, from Vulnerability to Desaffiliation. *Comunicação apresentada no European Seminar on Social Exclusion*. Alghero - Itália.
- Castro, E.D. et al. (2001). *Atividades Humanas e Terapia Ocupacional*. In: De Carlo, M. M. R. P. et al. (Orgs) *Terapia Ocupacional no Brasil*. São Paulo. Plexus.
- CDP, C. d. (2004). *Forum do estudante - Animador Sociocultural*. Retrieved Janeiro 14, 2010, from Porto Digital:
cdp.portodigital.pt/Members/admin/...e.../animador_socio_cultural.pdf
- Chung, J. C. C. (2004). *Activity Participation and Well-being of people With Dementia in Long-Term-Care Settings*. *OTJR*. Winter 2004, pp.22.
- Ciprius, (2007, Novembro 9). *Actividade Física na 3ª Idade*. Retrieved Setembro 15, 2010, from Actividade Física:
http://exerciciofazbem.blogspot.com/2007_11_01_archive.html
- Costa, G. A. (2004). *Tríplice Visão do Envelhecimento: Longevidade, qualidade de vida e aspectos biopsicossociais da velhice*. Revista Soberana.
- Dourado, M., & Leibing, A. (2002). *Velhice e Suas Representações: Implicações para uma intervenção Psicanalítica*. Retrieved Novembro 2010, from Revista de Estudos e Pesquisas em Psicologia: <http://www.revispsi.uerj.br/v2n2/artigos/artigo4.html>
- DREM, D. R. (2010, Dezembro). *Estatísticas Demográficas da RAM 2009*. Retrieved Março 18, 2011, from Direcção Regional de Estatística da Madeira:
<http://estatistica.gov-madeira.pt/visualwebPlus/publicacion.jsp?publicacion=Esta356649>
- DRS. (2004). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Regional de Saúde.
- EBSOF, E. B. (2008, Fevereiro 12). *Os portugueses estão a desaparecer*. Retrieved Janeiro 25, 2010, from A Natalidade e o Envelhecimento da População:
<http://www.natalidade-envelhecimento.blogspot.com/>
- Ermida, J. G. (1996). *Avaliação geriátrica abrangente*. Lisboa: Geriatria.
- Ekholm, A. (2010). *The future need for care: results from the LEV – Project*. Regering Skansliet – Government Office of Sweden.
- ESTSP, E. s. (2008). *Terapia Ocupacional*. Retrieved Junho 16, 2011, from Escola superior de Tecnologias da Saúde do Porto: <http://www.estsp.ipp.pt/index.php/to>

- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.
- Ferrari, M. A. (1997). Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In M. P. Netto, *Gerontologia*. Rio de Janeiro: 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*. Retrieved Janeiro, 15, 2012, from Portal do Envelhecimento: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigos1593.htm>.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação Multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar de Palavra.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação Multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar de Palavra.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Univercidade Católica Editora.
- Fraiman, A. (1995). *Coisas da Idade*. São Paulo: Gente.
- Frantz, W. (2000). Educação e cooperação: práticas que se relacionam. *Programa de Cooperativismo nas Escolas - Seminário sobre Cooperativismo e Educação*. Santa Rosa: FAPERGS.
- Freitas, E. V. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Garcia, M. (1992). *La formación en el ámbito de la tercera edad: um compromiso inaplazable*. Bilbao: Edex Kolectiboa.
- Gitlin, N. L. (2003). Conducting research on home environments: lessons learned and new directions. *Gerontologist*, 628-637.
- Goldfarb, D. C. (1998). *Corpo, Tempo e Envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guariento, M. H., & Neri, A. L. (2010). *Assistência ambulatorial ao idoso*. Campinas, São Paulo: Alínea Editora.
- Guralnik, J. M. (1997). Assessment of physical performance and disability in older person. *Muscle Nerve*, 20(S5), 14-16.
- Haider, S., Hurd, M., Heardon, E., & Williamson, S. (2000). *Patterns of dissaving in retirement*. Washington: Public Policy Institute.
- Harris, T., Cook, D. G., Victor, C., Rink, E., Mann, A. H., & Shah, S. (2003). Predictors of depressive symptoms in older people-a survey of two general practice populations. *Age and Ageing*, 33(4), 510-518.

- Hormigo, G. (1996). Saúde do idosos: Reflexões para a mudança. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*.
- Inácio, M. (2011, Fevereiro 14). *Técnico de Animação Sociocultural*. Retrieved Março 12, 2011, from Centro de Dia de Algueirão : <http://centrodiaalgmemmartins.org/subzona.php?zid=12&szid=74>
- INE, I. N. (2009). *Anuário estatístico de Portugal*. Retrieved Dezembro 17, 2010, from Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=104996740&PUBLICACOESmodo=2
- Jacob, L. (2008). *Animação de idosos*. Ambar.
- Kim, H., & Lee, J. (2006). The impact of comorbidity on wealth changes in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 307-314.
- Lawton, M. P. (1985). *Activities and leisure. Anunual Review of Gerontology and Geriatrics, n.º 5, pp. 127-164.*
- Lima, M. P. (2001). *Gerontologia educacional: uma pedagogia específica para o idoso*. São Paulo: LTr.
- Lopes, A. (2000). *Os desafios da Gerontologia no Brasil*. Campinas: Alínea.
- Lopes, M. (2006). *Animação Sociocultural em Portugal*. Chaves: Gráfica do Norte.
- Luders, S. L., & Storani, M. S. (1997). Demência: Impacto para a família e a sociedade. In M. P. Netto, *Gerontologia*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Magalhães, L. V. et al. (2009). *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (OCPM)/ Mary Law et al.. Belo Horizonte. Editora UFMG.*
- Mailloux, D. (1995). Mover-se e manter uma boa postura. In D. Mailloux, & L. Berger, *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Mailloux, D. (1995). Ocupar-se tendo em vista a auto-realização. In L. Berger, & D. Mailloux, *Pessoas idosas - uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Marroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização de SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Marrana, J. (2008, Novembro 12). *Objectivos implícitos na Prática da Animação Sociocultural*. Retrieved Janeiro 15, 2009, from Animação Sociocultural: <http://animasociocultural.blogspot.com/2008/11/objectivos-implicitos-na-prtica-da.html>
- Martins, C. R. (2002). *O envelhecer segundo adolescentes, adultos e idosos usuários*. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis.
- Martins, G. B., & Medeiros, F. D. (2006). *Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Retrieved Janeiro 10, 2011, from

Fisioterapeuta Tubarao: <http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/06b/gilmara/artigogilmara.pdf>

Mayán, J. L. (2003). *Gerontologia Social*. Santiago de Compostela: Sega ediciones.

Mendes, W. (2001). *Home Care: uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade e Universidade do Rio de Janeiro.

Montagner, M. (2008). *Papel da Terapia Ocupacional em Instituições de Longa Permanência*. Retrieved Janiero, 15, 2012. From Medicina Geriatrica: <http://www.medicinageriatrica.com.br/tag/terapia-ocupacional/>.

Morin, E. (1999a). *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand.

Morin, E. (1999b). Por uma reforma do pensamento. In A. Pena-Vega, & E. P. Nascimento, *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Gramond.

Murata, C., Kondo, T., Tanakashi, K., Yatsuya, H., & Toyoshima, H. (2006). Determinants of self-rated: could health status explain the association between self-rated health and mortality? *Archives on Gerontology and Geriatrics*, 43, 369-380.

Netto, F. L. (2004, Março). Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. *Pensar a Prática*, pp. 75-84.

Neri, A. L. (2006a). *O legado de Paul B Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e Envelhecimento*. Obtido em 14 de Dezembro de 2011, de O legado de Paul B Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e Envelhecimento: <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol14n1/pdf/v14n01a05.pdf>

OECD. (2010). *Helth at a Glace. Helth at a Glace*. Europe: OECD.

Oliveira, R. (1999). *Terceira Idade: do representar dos limites aos sonhos possíveis*. São Paulo: Paulinas.

OMS. (2010). *Organização Mundial de Saúde*. Retrieved Março 16, 2011, from OMS e um novo conceito de Saúde: http://www.almamix.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=118:oms-saude-2010&catid=21:saude&Itemid=97

Orem, D. E. (2009, Março 30). *Dorothea Elizabeth Orem - Teoria do Auto cuidado*. Retrieved Março 15, 2011, from Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): <http://enfermagem-sae.blogspot.com/2009/03/dorothea-elizabeth-orem-teoria-do-auto.html>

Osorio, A. (1998). Animação Sociocultural na Terceira Idade. In J. Trilla, *Animação Sociocultural: Programas, Teorias e âmbitos*. Liabo: pIAGET.

- Osório, A. R., & Pinto, F. C. (2007). *As pessoas idosas – contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Piaget.
- Parker, M. G., & Thorslund, M. (2007). Health Trends in the elderly population: getting better and getting worse. *The Gerontologist* , pp. 150-158.
- Paschoal, S. M. (1997). Autonomia e independência. In M. P. Netto, *Gerontologia*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Paschoal, S. M. (1997). Epidemiologia do envelhecimento. In M. P. Netto, *Gerontologia*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Paúl, M. C. (1995). *Idosos, Família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, M. C. (1994). *Panorama Demográfico dos idosos em Portugal*. Lisboa: Geriatria.
- Paulos, C. (2005). *O Envelhecimento em Portugal*. Retrieved Maio 25, 2011, from Gerontologia:
http://catpaulos.no.sapo.pt/gerontologia/envelhecimento_em_portugal.html
- Peluso, L. A. (11 de Maio de 2010). *O Problema dos limites éticos da ciência e da tecnologia*. Obtido em 12 de Maio de 2011, de Limites Éticos da Ciência e Tecnologia:
<http://limiteseticosdacienciaedatecnologia.blogspot.com/2010/05/o-problema-dos-limites-eticos-da.html>
- Pena-Vega, A., Almeida, C. R., & Petraglia, I. (2001). *Edgar Morin: ética, cultura e educação*. São Paulo: Cortez.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. 2 Ed. Coimbra.
- Poortinga, W. (2006). Do health behaviors mediate the association between social capital and health). *Preventive Medicine* , 43(6), 488-493.
- Portugal, P. (2004). *Modelo de Ocupação Humana - Terapia Centrada no Idoso*. Lisboa.
- Ramos, L. R.(2003) *Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso*. Cadernos de Saúde Pública, São Paulo, v. 19, p. 793-797
- Rebelo, J. M. (S/A). *Portal da Astrologia & Esoterismo*. Retrieved Outubro 15, 2010, from O Conceito de Velhice:
http://www.astrologosastrologia.com.pt/saude=psicologia_idosos/saude&psicologia=1=psi-idosos=conceito_de_velhice.htm
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: LIDEL.
- Robine, J.-M. (1997). Espérance de santé: concepts, théories et objectifs. In J. Dupâquier, *L'Espérance de Vie sans Incapacités*. Paris: PUF.

- Rodrigues, R. (2009). *Avaliação Comunitária de uma População de Idosos*. Coimbra: Mar de Palavra.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (1985). *Terapia Familiar*. Porto: Afrontamento.
- Santos, S. C. (2003). *Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin*. Retrieved Maio 25, 2011, from Portal do Envelhecimento: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo15.htm>
- Santos, D. I. (2008). *As vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Smith, J. P. (1999). Healthy Bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status. *Journal of Economics Perspectives* , 145-166
- Sousa. (2006b). *Envelhecer em família, Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar..
- Tavares, D. (2009, Junho 24). *Funções do Animador Sociocultural*. Retrieved Junho 10, 2010, from Animadores: <http://animadoressc.blogs.sapo.pt/1293.html>
- Thomson, H., Hoskins, R., Quinn, T., & Lindsay, G. (2004). Evaluating the health effects of social interventions. *British Medical Journal* , 282-285.
- Townsend, E. et al. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing na occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa. CAOT Publications. ACE.
- Veras, R. (1997). atenção preventiva ao idoso - uma abordagem de saúde colectiva. In M. p. Netto, *Gerontologia*. Rio de Janeiro: atheneu.
- Viveiros, A. (2008, Julho). *O Desenvolvimento Local e a Animação Sociocultural. Uma comunhão de princípios*. Retrieved Janeiro 9, 2010, from Quaderns d'Animació i Educació Social: <http://quadernsanimacio.net/ANTERIORES/ocho/Desenvolvimiento.pdf>
- WHO, W. H. (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: EHO.
- Wilcock, A. (2003). *A theory of the human need for occupation*. *Journal of Occupational Science*, vol. 1. pp. 17-24.
- Wilson, S. R., Barnes, L. L., Krueger, K. R., Hoganson, G., & Benner, D. A. (2005). Early and late life cognitive activity and cognitive systems in old age. *Journal of the International Neuropsychological Society* , 11, 400-407.
- Zalewski, K. (2007). Exploring Barriers to remaining physically active: a case report of a person with multiple sclerosis. *Journal of Neurologic Physical Therapy* , 31, 40-45.

Anexos

Anexo 1 - Consentimento Informado

Consentimento livre e informado para participar na investigação

Designação do estudo: Animação e Terapias na Terceira Idade: Relação com a Multifuncionalidade

Aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Cláudia Isabel Reis Paixão, aluna do curso de 2º Ciclo em Gerontologia a ser leccionado na Universidade da Madeira, orientado pela docente professora Doutora Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim, no âmbito da dissertação de Mestrado em Gerontologia, cuja finalidade visa analisar a funcionalidade dos idosos, como também observar a relação das actividades socioculturais enquanto um fomento da funcionalidade do idoso ao nível da saúde física e mental, de uma amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Entendo, ainda que toda a informação obtida neste estudo será confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo.

Autorizo a participação neste estudo

Não autorizo a participação neste estudo

O participante

O investigador

Cláudia Paixão

Anexo II – OARS

Anexo IV – Pedido de autorização para aplicação de questionário

Cláudia Paixão
Estrada D. António Magalhães, n.º 58
9200 – 162 – Machico
963605374
claudia-paixao@live.com.pt

Exmo. Sr. Coordenador da USM
Travessa do Mercado, n.º 13
9200-097 Machico

No âmbito da realização da realização de um trabalho de dissertação, inserido no 2º Ciclo em Gerontologia – Gerontologia Social, a ser desenvolvido na Universidade da Madeira, venho por este meio solicitar autorização para a aplicação de um instrumento de recolha de informação junto da população da vossa Instituição.

Este estudo, procura analisar a funcionalidade dos idosos, como também observar a relação das actividades socioculturais enquanto um fomento da funcionalidade do idoso ao nível da saúde física e mental, de uma amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

O instrumento que se pretende utilizar foi desenvolvido para possibilitar uma avaliação da capacidade funcional em cinco áreas essenciais na qualidade de vida do idoso: recursos sociais (com ou sem participação em grupos de actividades Socioculturais); recursos económicos; saúde mental; saúde física e actividades de vida diárias.

Grata pela atenção disponibilizada,
Com os melhores cumprimentos,

Cláudia Paixão

Cláudia Paixão
Estrada D. António Magalhães, n.º 58
9200 – 162 – Machico
963605374
claudia-paixao@live.com.pt

Exmo. Sr. Provedor da SCMM
Rua do Desembarcadouro
9200-044 - Machico

No âmbito da realização da realização de um trabalho de dissertação, inserido no 2º Ciclo em Gerontologia – Gerontologia Social, a ser desenvolvido na Universidade da Madeira, venho por este meio solicitar autorização para a aplicação de um instrumento de recolha de informação junto da população da vossa Instituição.

Este estudo, procura analisar a funcionalidade dos idosos, como também observar a relação das actividades socioculturais enquanto um fomento da funcionalidade do idoso ao nível da saúde física e mental, de uma amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

O instrumento que se pretende utilizar foi desenvolvido para possibilitar uma avaliação da capacidade funcional em cinco áreas essenciais na qualidade de vida do idoso: recursos sociais (com ou sem participação em grupos de actividades Socioculturais); recursos económicos; saúde mental; saúde física e actividades de vida diárias.

Na esperança de que irá atender o meu pedido, aguardo resposta.

Grata pela atenção disponibilizada,

Com os melhores cumprimentos,

Cláudia Paixão

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS (OARS)

Nome do/a entrevistador/a _____

Data da entrevista ____ / ____ / ____ Local da entrevista _____

Dados do/a entrevistado/a (A preencher pelo entrevistador antes da entrevista)

Apelido _____ Data de nascimento ____ / ____ / ____

Endereço _____ Telefone _____

1. Questões preliminares

Faça as perguntas 1 a 10 e anote todas as respostas. Só se pergunta a 4a. se o sujeito não possui telefone. Marque correcto (1) ou incorrecto (0) para cada uma das 10 perguntas.

1	0	1. Em que data estamos? Dia, mês e ano ___/___/___ (tolerância de 1 dia)
1	0	2. Que dia da semana é hoje?
1	0	3. Como se chama esta localidade?
1	0	4. Qual é o seu número de telefone?
1	0	4a. Qual é o seu endereço? (só se não tem telefone)
1	0	5. Quantos anos tem? _____
1	0	6. Qual é a sua data de nascimento? dia, mês e ano ____ / ____ / ____
1	0	7. Como se chama o actual Presidente da República?
1	0	8. Como se chamava o anterior Presidente da República?
1	0	9. Qual é o seu apelido?
1	0	10. Subtraia 3 de 20. Agora subtraia mais três... (20-3=17 ; 17-3=14 ; 14-3=11 ; 11-3=8; 8-3=5 ; 5-3=2 tolerância de 1 erro)

2. Sexo

0. MASCULINO
1. FEMININO

3. **Número de filhos e filhas vivos**
1. FILHAS _____
 2. FILHOS _____
4. **Idade** _____ anos (*não perguntar*)
5. **Que estudos completou?**
1. NÃO SABE LER NEM ESCREVER
 2. SABE LER E ESCREVER SEM POSSUIR GRAU DE ENSINO
 3. ENSINO BÁSICO PRIMÁRIO
 4. ENSINO BÁSICO PREPARATÓRIO
 5. ENSINO SECUNDÁRIO
 6. ENSINO MÉDIO
 7. ENSINO SUPERIOR
 9. NS / NR

RECURSOS SOCIAIS

Agora, gostaríamos de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua família e amigos.

6. **Qual é o seu estado civil?**
1. SOLTEIRO/A
 2. CASADO/A - UNIÃO DE FACTO
 3. VIÚVO/A
 4. DIVORCIADO/A OU SEPARADO/A
 9. NS / NR
7. **Quem vive consigo na sua casa? (assinalar as várias respostas dadas)**
1. VIVE SOZINHO/A
 2. CÔNJUGE
 3. FILHOS/AS
 4. NETOS/AS
 5. PAIS OU SOGROS
 6. IRMÃOS OU CUNHADOS
 7. OUTROS FAMILIARES
 8. AMIGOS
 9. ALGUÉM COM REMUNERAÇÃO OU ALOJAMENTO PARA CUIDAR DE SI (*sem ser familiar*)
 10. OUTROS *Especificar* _____
8. **Quantas pessoas conhece o suficiente para ir visitá-las nas suas casas?**
- N.º _____ 99. NS / NR
9. **A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros? (se não tem telefone mantém-se a pergunta)**
- N.º _____ 99. NS / NR
10. **A semana passada, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive; quer dizer, foi vê-los ou eles vieram visitá-lo/a, ou saíram a fazer algo juntos?**
- N.º _____ 99. NS / NR
11. **Tem alguém em quem possa confiar?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
12. **Sente-se sozinho/a?**
0. MUITAS VEZES / SEMPRE
 1. ALGUMAS VEZES
 2. QUASE NUNCA / NUNCA
 9. NS / NR
13. **Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
14. **Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo? (refere-se a ajuda social, não económica)**
1. SIM
 0. NÃO (→ P 15)
 9. NS / NR
- 14a. **Há alguém que possa cuidar de si?**
3. SEMPRE QUE NECESSÁRIO (*tanto tempo quanto necessário*)
 2. POR POUCO TEMPO (*de poucas semanas a seis meses*)
 1. ÀS VEZES (*levar ao médico, preparar uma refeição, etc..*)
 9. NS / NR
- 14b. **Quem são essas pessoas? (assinalar as várias respostas dadas)**
1. CÔNJUGE
 2. IRMÃO
 3. FILHOS
 4. NETOS
 5. OUTRO PARENTE
 6. AMIGO
 7. OUTROS *Especificar* _____

RECURSOS ECONÓMICOS

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua situação laboral.

- 15. A sua actividade actual é:**
1. TRABALHA A TEMPO COMPLETO
 2. TRABALHA A TEMPO PARCIAL
 3. REFORMADO POR IDADE
 4. REFORMADO POR INVALIDEZ
 5. DESEMPREGADO À PROCURA DE TRABALHO
 6. DESEMPREGADO SEM ESTAR À PROCURA DE TRABALHO
 7. OUTROS Especificar _____
- 16. Que tipo de trabalho teve a maior parte da sua vida?**
1. NUNCA ESTEVE EMPREGADO/A
 2. DOMÉSTICO/A
 3. TRABALHOU POR CONTA PRÓPRIA
 4. TRABALHOU POR CONTA DE OUTRÉM
 9. NS / NR
- 17. O seu cônjuge trabalha ou alguma vez trabalhou?**
1. SIM
 0. NÃO (→ P 18)
 2. NÃO APLICÁVEL (→ P 18)
 9. NS / NR
- 17a. Que tipo de trabalho teve ou tem o seu cônjuge?**
1. DOMÉSTICO/A
 2. TRABALHOU POR CONTA PRÓPRIA
 3. TRABALHOU POR CONTA DE OUTRÉM
 9. NS / NR
- 18. De onde provêm os seus rendimentos e os do seu cônjuge?**
(*assinalar as várias respostas dadas e as quantias*)
- | | |
|---|---------|
| 1. DO EMPREGO OU NEGÓCIO | _____ € |
| 2. RENDIMENTOS DE CAPITAL (<i>investimentos, contas poupança, fundos de pensões</i>)
E RENDAS DE PATRIMÓNIO | _____ € |
| 3. PENSÃO DE INVALIDEZ | _____ € |
| 4. PENSÃO DE SOBREVIVÊNCIA | _____ € |
| 5. PENSÃO DE VELHICE | _____ € |
| 6. PENSÃO UNIFICADA | _____ € |
| 7. COMPLEMENTO DE PENSÃO POR
CÔNJUGE A CARGO | _____ € |
| 8. SUBSÍDIO DE ACOMPANHANTE | _____ € |
| 9. SUBSÍDIO POR ASSISTÊNCIA A
TERCEIRA PESSOA | _____ € |
| 10. SUPLEMENTO DE PENSÃO A
GRANDES INVÁLIDOS | _____ € |
| 11. PENSÃO SOCIAL | _____ € |
| 12. PENSÃO DE VIUEZ | _____ € |
| 13. COMPLEMENTO SOCIAL | _____ € |
| 14. PENSÃO DE REFORMA SOCIAL SOCIAL . | _____ € |
| 15. OUTRAS PENSÕES PROVENIENTES
DE FUNDOS PROFISSIONAIS..... | _____ € |
| 16. PENSÃO DE ALIMENTOS
(em caso de separados ou divorciados) | _____ € |
| 17. PENSÃO POR FILHOS DEFICIENTES | _____ € |
| 18. AJUDA FINANCEIRA REGULAR POR PARTE DE
MEMBROS DA FAMÍLIA (<i>inclui contribuições regulares
por parte dos filhos empregados</i>) | _____ € |
| 19. OUTROS Especificar _____ | |
- 19. Quantas pessoas vivem desses rendimentos? (*número de pessoas que dependem em pelo menos metade desses rendimentos*)**
- _____ pessoas
- 20. A casa em que vive é propriedade sua?**
1. SIM
 0. NÃO (→ P 20b.)
 9. NS / NR
- 20a. Em quanto está avaliada, aproximadamente, a sua casa?**
- _____ €
- 20b. Está a pagar renda, empréstimo ou hipoteca?**
1. RENDA _____ €
 2. EMPRÉSTIMO OU HIPOTECA _____ €
 3. NÃO, VIVE EM CASA CEDIDA GRATUITAMENTE
 9. NS / NR
- 20c. Quem paga a renda, empréstimo ou hipoteca?**
1. PAGA O TOTAL DA RENDA, EMPRÉSTIMO OU HIPOTECA
 2. RECEBE UMA COMPARTICIPAÇÃO
 3. A CASA NÃO É SUA MAS NÃO PAGA ALUGUER
 9. NS / NR
- ←
- 20d. Considera o local onde vive digno para si?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 21. Acha que as suas propriedades e rendimentos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 22. Os seus rendimentos são o suficiente?**
1. NÃO
 2. SIM, MAS APENAS CHEGAM PARA OS SEUS GASTOS
 3. COBREM SEM PROBLEMAS OS GASTOS
 9. NS / NR
- 23. Necessita de ajuda económica ou aumento, para além do que já recebe?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 24. Paga a sua alimentação ou tem ajuda regular para isso?**
1. PAGA (→ P 25)
 2. RECEBE AJUDA
 9. NS / NR

- 24a. De quem?**
1. FAMÍLIA OU AMIGOS
 2. TOMA AS REFEIÇÕES NUMA INSTITUIÇÃO GOVERNAMENTAL OU DE BENEFICÊNCIA
Quantas? _____
 3. TRAZEM-LHE AS REFEIÇÕES A CASA JÁ PREPARADAS
Quantas? _____
- 25. Acha que necessita de receber algum tipo de ajuda económica para a compra de comida?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 26. Tem algum cartão de saúde?**
1. SIM. Qual? _____
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 27. O que acha da sua situação económica, por comparação com a de outras pessoas da sua idade?**
2. MELHOR
 1. IGUAL
 0. PIOR
 9. NS / NR
- 28. Os rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?**
2. MUITO BEM
 1. RAZOAVELMENTE
 0. COM DIFICULDADE
 9. NS / NR
- 29. Normalmente tem dinheiro para comprar pequenos extras, quer dizer, pequenos caprichos?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 30. Neste momento, acha que terá o suficiente para garantir o seu futuro?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR

SAÚDE MENTAL

Em continuação, gostaria de lhe fazer umas perguntas sobre o que sente em relação à sua vida.

- 31. Com que frequência se preocupa com as coisas em geral?**
0. SEMPRE / QUASE SEMPRE
 1. ALGUMAS VEZES
 2. NUNCA / QUASE NUNCA
 9. NS / NR
- 32. Em geral, o que acha da sua vida?**
2. INTERESSANTE
 1. MONÓTONA
 0. ABORRECIDA
 9. NS / NR
- 33. Como descreveria, em geral, a sua satisfação com a vida?**
2. BOA
 1. REGULAR
 0. MÁ
 9. NS / NR
- 34. Por favor, responda sim ou não às perguntas seguintes. Não há respostas correctas ou incorrectas, apenas o que melhor se aplica a si. Embora algumas perguntas pareçam não se lhe aplicar tente responder sim ou não conforme lhe parecer mais correcto. (assinalar sim ou não para cada uma)**

	Sim ₁	Não ₀
1. ACORDA FRESCO/A E DESCANSADO/A QUASE TODAS AS MANHÃS?	S	N
2. A SUA VIDA ESTÁ CHEIA DE COISAS QUE O/A MANTÉM INTERESSADO/A?	S	N
3. POR VEZES SENTIU VONTADE DE FUGIR DE CASA?	S	N
4. PARECE-LHE QUE NINGUÉM O/A COMPREENDE?	S	N
5. TEVE PERÍODOS DE DIAS, SEMANAS OU MESES EM QUE NÃO PODIA OCUPAR-SE DE NADA PORQUE NÃO AGUENTAVA MAIS?	S	N
6. O SEU SONO É IRREGULAR E INQUIETO?	S	N
7. É FELIZ A MAIOR PARTE DO TEMPO?	S	N
8. PENSA QUE SE TRAMA ALGUMA COISA CONTRA SI?	S	N
9. POR VEZES SENTE QUE NÃO SERVE PARA NADA?	S	N
10. NOS ÚLTIMOS ANOS SENTIU-SE BEM A MAIOR PARTE DO TEMPO?	S	N
11. SENTE-SE MUITAS VEZES FRACO/A?	S	N
12. TEM DORES DE CABEÇA?	S	N
13. TEM DIFICULDADE EM MANTER O EQUILÍBRIO QUANDO CAMINHA?	S	N
14. SENTE PALPITAÇÕES E FALTA DE AR?	S	N
15. MESMO QUANDO ESTÁ COM OUTRAS PESSOAS SENTE-SE SÓ A MAIOR PARTE DAS VEZES?	S	N

35. Como classifica, em geral, o seu estado mental ou emocional?
3. ÓPTIMO
 2. BOM
 1. RAZOÁVEL
 0. MAU
 9. NS / NR

36. Comparado com há cinco anos como classifica hoje o seu estado mental ou emocional?
2. MELHOR
 1. IGUAL
 0. PIOR
 9. NS / NR

SAÚDE FÍSICA

37. Quantas vezes foi visto/a pelo médico nos últimos seis meses, sem estar internado/a num hospital? (excluir os psiquiatras)

_____ vezes

38. Nos últimos seis meses, quantos dias esteve tão doente que foi incapaz de realizar as suas actividades do dia-a-dia, como ir trabalhar ou fazer as tarefas da casa?

_____ dias

39. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a no hospital por problemas de saúde física?

_____ dias

40. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a noutra instituição de saúde por problemas de saúde física?

_____ dias

41. Acha que necessita de cuidados ou tratamentos médicos para além dos que recebe neste momento?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

42. Poderia dizer-me, por favor, se no último mês lhe receitaram alguns dos seguintes medicamentos?

1. PARA A ARTRITE
2. PARA A DOR (DISTINTOS DOS ANTERIORES)
3. PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL (*tensão alta*)
4. DIURÉTICOS
5. PARA A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA OU ARRITMIAS
6. NITROGLICERINA PARA A ANGINA DE PEITO
7. ANTICOAGULANTES
8. PARA MELHORAR A CIRCULAÇÃO
9. INJEÇÕES DE INSULINA PARA A DIABETES
10. COMPRIMIDOS PARA A DIABETES
11. PARA ÚLCERA (*sistema digestivo*)
12. CRISE EPILÉTICA
13. PARA A TIRÓIDE
14. CORTICOSTERÓIDES
15. ANTIBIÓTICOS
16. TRANQUILIZANTES OU MEDICAMENTOS PARA OS NERVOS
17. MEDICAMENTOS PARA DORMIR (*uma vez por semana ou mais*)
18. MEDICAMENTOS HORMONAIS (*incluindo a pílula*)

43. Que outros medicamentos receitados tomou no último mês? _____

44. Tem alguma das seguintes doenças neste momento?

(Para cada resposta afirmativa perguntar: De que modo é que interfere nas suas actividades?)

	NADA	POUCO	MUITO
1. ARTRITE OU REUMATISMO	1	2	3
2. GLAUCOMA	1	2	3
3. ASMA	1	2	3
4. ENFISEMA OU BRONQUITE CRÓNICA	1	2	3
5. TUBERCULOSE	1	2	3
6. HIPERTENSÃO	1	2	3
7. PROBLEMAS CARDÍACOS	1	2	3
8. PROBLEMAS CIRCULATÓRIOS DOS MEMBROS	1	2	3
9. DIABETES	1	2	3
10. ÚLCERAS (<i>sistema digestivo</i>)	1	2	3
11. DOENÇA DO FÍGADO	1	2	3
12. DOENÇA DOS RINS	1	2	3
13. OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA URINÁRIO	1	2	3
14. CANCRO OU LEUCEMIA	1	2	3
15. ANEMIA	1	2	3
16. CONSEQUÊNCIAS DE A.V.C.	1	2	3

	NADA	POUCO	MUITO
17. DOENÇA DE PARKINSON	1	2	3
18. EPILEPSIA	1	2	3
19. PARALISIA CEREBRAL	1	2	3
20. ESCLEROSE MÚLTIPLA	1	2	3
21. Distrofia muscular	1	2	3
22. CONSEQUÊNCIA DA POLIOMIELITE	1	2	3
23. DOENÇA DA TIRÓIDE OU OUTRAS GLÂNDULAS	1	2	3
24. DOENÇAS DA PELE (<i>úlceras/escaras, queimaduras...</i>)	1	2	3
25. PROBLEMAS DA FALA	1	2	3

45. Tem alguma incapacidade física ...

- 0. NÃO
- 1. PARALISIA TOTAL
- 2. PARALISIA PARCIAL
- 3. FALTA DE MEMBRO / FUNÇÃO
- 4. FRACTURA ÓSSEA
- 9. NS / NR

46. Como está a sua visão mesmo com óculos ou lentes de contacto?

- 1. MUITO BOA
- 2. BOA
- 3. REGULAR
- 4. MAL
- 5. ESTÁ CEGO
- 9. NS / NR

47. Como está a sua audição? (sem ajuda)

- 1. MUITO BOA
- 2. BOA
- 3. REGULAR
- 3. MAL
- 5. ESTÁ SURDO
- 9. NS / NR

48. Neste momento, tem algum outro problema ou doença física que afectem seriamente a sua saúde?

- 1. SIM *Especificar* _____
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

DISPOSITIVOS DE APOIO E PROTESES

49. Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?

- 1. BENGALA OU TRIPÉ
- 2. MULETAS
- 3. CADEIRA DE RODAS
- 4. ORTÓTESE (MEMBROS INFERIORES)
- 5. ORTÓTESE (COLUNA)
- 6. MEMBRO ARTIFICIAL
- 7. PRÓTESE AURICULAR
- 8. EQUIPAMENTO DE COLOSTOMIA
- 9. Sonda vesical
- 10. DIÁLISE
- 11. OUTROS (*por ex. dentadura*)
Especificar _____

50. Necessita de alguma ajuda deste tipo que actualmente não tenha?

- 1. SIM (→ P 50a.)
- 0. NÃO (→ P 51.)
- 9. NS / NR

50a. Especificar, utilizando os números correspondentes às opções de resposta à pergunta 49.

Quais? ____/____/____/____/____/

51. Tem algum problema de saúde por beber, ou o seu médico alguma vez lhe disse que deveria beber menos?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

52. Pratica regularmente algum tipo de actividade física como cavar a terra, dar longas caminhadas ou praticar algum desporto cansativo?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

53. Como avalia a sua saúde, em geral, neste momento?

- 3. MUITO BOA
- 2. BOA
- 1. REGULAR
- 0. MÁ
- 9. NS / NR

54. Comparado com há cinco anos como classifica hoje a sua saúde?

- 2. MELHOR
- 1. IGUAL
- 0. PIOR
- 9. NS / NR

55. De que modo é que os seus problemas de saúde interferem na sua vida?

- 2. NADA
- 1. UM POUCO
- 0. MUITO
- 9. NS / N

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA – AVD

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre as suas actividades da vida diária, coisas que todos necessitamos fazer como parte das nossas vidas diárias. Gostaria de saber se consegue ou conseguiria fazer estas actividades sem qualquer ajuda, com alguma ajuda para as fazer, ou se as não pode fazer.

AVD INSTRUMENTAL

56. É capaz de usar o telefone ...

2. SEM AJUDA (*incluindo procurar números e marcar*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*pode responder a chamadas ou marcar números de emergência, mas necessita ajuda para outros números*)
0. É INCAPAZ DE UTILIZAR O TELEFONE
9. NS / NR

57. Pode ir até locais onde não é possível ir a pé ...

2. SEM AJUDA (*conduz o seu carro, ou viaja sozinho em autocarro ou taxi*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*necessita que alguém o/a ajude ou o/a acompanhe quando viaja*)
0. É INCAPAZ DE VIAJAR (*a não ser que o faça em veículo especial como uma ambulância*)
9. NS / NR

58. Pode ir fazer as compras de alimentos, roupa, etc.

(*assumindo que tem meio de transporte*)

2. SEM AJUDA (*encarrega-se de tudo o que necessita comprar*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*necessita que alguém o acompanhe quando vai às compras*)
0. É INCAPAZ DE FAZER QUALQUER TIPO DE COMPRA
9. NS / NR

59. É capaz de preparar as suas refeições ...

2. SEM AJUDA (*planeia e prepara-as ele/a mesmo*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*pode preparar algumas coisas mas não todas as refeições*)
0. É INCAPAZ DE PREPARAR QUALQUER REFEIÇÃO
9. NS / NR

60. É capaz de fazer as tarefas de casa ...

2. SEM AJUDA (*pode limpar o chão, etc..*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*pode fazer trabalhos leves mas necessita ajuda para os pesados*)
0. É INCAPAZ DE FAZER QUALQUER TRABALHO DOMÉSTICO
9. NS / NR

61. É capaz de tomar os seus medicamentos ...

2. SEM AJUDA (*a dose certa na hora certa*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*capaz de tomar os medicamentos se lhos prepararem e/ou se lhe recordarem que tem que os tomar*)
0. É INCAPAZ DE TOMAR OS SEUS MEDICAMENTOS
9. NS / NR

62. É capaz de lidar com o dinheiro ...

2. SEM AJUDA (*passar cheques, pagar facturas, etc.*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*administra o dinheiro do dia-a-dia mas necessita ajuda para passar cheques e pagar facturas*)
0. É INCAPAZ DE ADMINISTRAR O SEU DINHEIRO
9. NS / NR

AVD FÍSICO

63. É capaz de comer ...

2. SEM AJUDA (*é capaz de comer sozinho*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*necessita ajuda para cortar a comida, etc.*)
0. É INCAPAZ DE COMER SOZINHO/A
9. NS / NR

64. Pode vestir-se e despir-se sozinho ...

2. SEM AJUDA (*é capaz de escolher a roupa, vestir-se e despir-se*)
1. COM ALGUMA AJUDA
0. É INCAPAZ DE VESTIR-SE E DESPIR-SE SOZINHO/A
9. NS / NR

65. Pode cuidar da sua aparência, por exemplo, pentear-se e (para homens) barbear-se ...

2. SEM AJUDA
1. COM ALGUMA AJUDA
0. É INCAPAZ DE CUIDAR DA SUA APARÊNCIA
9. NS / NR

66. Pode andar ...

2. SEM AJUDA (*excepto de bengala*)
1. COM AJUDA (*de alguém ou com o uso de muletas ou aparelho de ajuda à marcha*)
0. É INCAPAZ DE ANDAR
9. NS / NR

67. Pode levantar-se e deitar-se na cama ...

2. SEM AJUDA (*de ninguém e sem qualquer dispositivo*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*de pessoa ou de dispositivo*)
0. DEPENDE COMPLETAMENTE DE ALGUÉM QUE O/A LEVANTE
9. NS / NR

68. Pode tomar banho ou duche ...

2. SEM AJUDA
1. COM ALGUMA AJUDA (*necessita ajuda para entrar ou sair da banheira ou utiliza suporte mecânico na banheira*)
0. É INCAPAZ DE TOMAR BANHO SOZINHO/A
9. NS / NR

69. Tem tido problemas em chegar à casa de banho a tempo

2. NÃO (→ P 70.)
1. SIM, MAS AGORA NÃO PORQUE TENHO SONDA / COLOSTOMIA (→ P 70.)
0. SIM (→ P 69a.)
9. NS / NR

69a. Com que frequência se molha ou se suja (tanto de dia como de noite)?

1. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA
0. TRÊS VEZES POR SEMANA OU MAIS
9. NS / NR

70. Há alguém que o/a ajude em coisas tais como ir às compras, fazer as tarefas da casa, tomar banho, vestir-se ou sair de casa / passear?

1. SIM (→ P 70a.)
0. NÃO (→ P 71.)
9. NS / NR

70a. Quem é a sua maior ajuda?

Nome: _____

Relação: _____

70b. Além desta quem mais o/a ajuda?

Nome: _____

Relação: _____

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

71. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas referentes ao tipo da ajuda que recebe, recebeu, ou da que necessita. Queremos saber não só da ajuda de organismos oficiais, mas também da ajuda da sua família ou de amigos.

TRANSPORTE

71-1. Quem o leva para ir às compras, visitar amigos, ir ao médico, etc.? (assinalar todas as respostas)

1. VAI SOZINHO/A
2. FAMILIAR
3. AMIGO
4. TRANSPORTE PÚBLICO (autocarro, taxi, etc.)
5. OUTRO *Especificar* _____

71-1a. Em média, quantas deslocações faz por semana, utilizando algum transporte?

_____ deslocações por semana

71-1b. Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe actualmente para visitas, saídas, etc.?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS SOCIAIS/RECREATIVOS

71-2. Nos últimos seis meses, participou em alguma actividade organizada por grupo local, paróquia, Junta de Freguesia, etc.?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-2c.)
9. NS / NR

71-2a. Quantas vezes por semana participa nessas actividades?

_____ vezes por semana

71-2b. Ainda participa nessas actividades ou grupos?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-2c. Acha que necessita participar neste tipo de actividades?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DE EMPREGO

71-3. Nos últimos seis meses, alguém o/a ajudou a procurar trabalho ou o aconselhou sobre como conseguir um emprego?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-3b.)
9. NS / NR

71-3a. Quem o/a ajudou?

1. FAMILIAR
2. AMIGO
3. ORGANISMO OFICIAL

71-3b. Acha que necessita que alguém o/a ajude a encontrar um emprego?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

VIAGENS

71-4. Durante os dois últimos anos, realizou alguma viagem organizada pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, outras instituições, ou programas dirigidos a idosos ou reformados?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-4a. Fez ou espera fazer alguma viagem deste tipo este ano?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-4b. Acha que necessita de viajar?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

DESPORTO

71-5. Nos últimos seis meses, participou em algum programa de exercício físico ou desporto organizado por alguma instituição, pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, etc.?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-5c.)
- 9. NS / NR

71-5a. Quantas vezes, por semana, participava nessas actividades?

_____ vezes

71-5b. Ainda participa nesses programas de desporto?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

71-5c. Acha que necessita fazer algum desporto ou exercício físico?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

PREPARAÇÃO PARA AS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

71-6. Nos últimos seis meses, participou ou assistiu a algum curso de educação de adultos ou qualquer outro tipo de aprendizagem de habilidades pessoais como cuidar de si, ler, caminhar...? (excluir fisioterapia)

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-6c.)
- 9. NS / NR

71-6a. Em média, a quantas sessões deste tipo assistiu nos últimos seis meses?

_____ sessões

71-6b. Actualmente ainda assiste a essas sessões?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

71-6c. Acha que necessita desta preparação para as suas actividades de vida diária?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

71-7. Nos últimos seis meses, recebeu alguma orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-7d.)
- 9. NS / NR

71-7a. Nos últimos seis meses, esteve hospitalizado alguma vez por problemas de nervos ou emocionais?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

71-7b. Nos últimos seis meses, quantas consultas ou sessões teve com médicos, psiquiatras, ou outras pessoas que orientam neste tipo de problemas? (sem estar internado no hospital)

N.º _____

71-7c. Ainda está a receber essa ajuda?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

71-7d. Acha que necessita tratamento ou que o aconselhem por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

71-8. Nos últimos seis meses, tem tomado algum medicamento receitado para os nervos (tais como calmantes) ou para a depressão?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-8b.)
- 9. NS / NR

71-8a. Ainda o está a tomar?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

71-8b. Acha que necessita tomar esse tipo de medicação?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

SERVIÇOS DE CUIDADOS PESSOAIS

71-9. Nos últimos seis meses, teve alguém que o ajudou nos seus cuidados pessoais diários, por exemplo para tomar banho ou vestir-se, dar-lhe de comer, ou noutros cuidados?

(excluir os recebidos no hospital)

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-9d.)
9. NS / NR

71-9a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

1. FAMILIAR (*não pago*)
2. UM AMIGO (*não pago*)
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE INSTITUIÇÃO OU SEG. SOCIAL

71-9b. Em média, quanto tempo por dia levou essa pessoa a dar-lhe banho, vestir, ajuda-lo a comer, ir à casa de banho, etc.?

1. MENOS DE ½ HORA POR DIA
2. ½ HORA A 1½ HORA POR DIA
3. MAIS DE 1½ HORA POR DIA
9. NS / NR

71-9c. Ainda está a receber essa ajuda?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-9d. Acha que necessita ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc.?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

71-10. Durante os últimos seis meses, alguém lhe prestou cuidados de enfermagem?

Por outras palavras, fizeram-lhe tratamentos ou administraram-lhe medicamentos receitados por um médico?
(excluir cuidados de enfermagem prestados no hospital)

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-10e.)
9. NS / NR

71-10a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

1. FAMILIAR OU AMIGO (*não pago*)
2. ENFERMEIRO (*pago*)
3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-10b. Em média, quantas horas por dia tem recebido esse tipo de ajuda?

0. SÓ OCASIONALMENTE, NÃO TODOS OS DIAS
1. SÓ PARA DAR-LHE MEDICAÇÃO ORAL
2. MENOS DE ½ HORA POR DIA
3. DE ½ HORA A 1HORA POR DIA
4. MAIS DE 1 HORA POR DIA
9. NS / NR

71-10c. Durante quanto tempo recebeu essa ajuda nos últimos seis meses?

1. MENOS DE UM MÊS
2. DE 1 A 3 MESES
3. MAIS DE 3 MESES
9. NS / NR

71-10d. Ainda recebe cuidados de enfermagem?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-10e. Acha que necessita de cuidados de enfermagem?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

FISIOTERAPIA

71-11. Durante os últimos seis meses, tem feito fisioterapia?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-11d.)
9. NS / NR

71-11a. Quem lhe prestou esses cuidados ou o/a ajudou a realizá-los?

1. FAMILIAR OU AMIGO (*não pago*)
2. FISIOTERAPEUTA (*pago*)
3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-11b. Em média, quantas vezes por semana o têm ajudado a fazer esses exercícios?

_____ vezes

71-11c. Ainda faz fisioterapia?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-11d. Acha que necessita de fisioterapia?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SUPERVISÃO CONTÍNUA

71-12. Durante os últimos seis meses, houve algum período de tempo em que alguém teve que estar consigo, tratando de si, as 24 horas do dia?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-12c.)
9. NS / NR

71-12a. Quem tratou de si ou o/a ajudou?

1. FAMILIAR (*não pago*)
2. AMIGO (*não pago*)
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-12b. Ainda tem que estar alguém junto de si as 24 horas?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-12c. Acha que necessita de ter alguém tratando de si as 24 horas?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DE MONITORIZAÇÃO

71-13. *(Se a pessoa ainda está a receber supervisão contínua perguntar só 71-13c. pessoas que necessitam supervisão contínua, vivem em instituições ou com familiares presume-se que os recebem.)*

Durante os últimos seis meses, teve alguém que regularmente, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente, procurou saber como se encontrava, para se certificar de que tudo estava bem?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-13c.)
9. NS / NR

71-13a. Quem o fez?

1. FAMILIAR (*não pago*)
2. AMIGO (*não pago*)
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA TAREFA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-13b. E agora, há alguém que procura saber como se encontra, pelo menos cinco vezes por semana?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-13c. Acha que necessita dessa pessoa? (*assinalar não se respondeu sim em 71-14c.*)

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DE REALOJAMENTO

71-14. **Nos últimos seis meses, recebeu alguma ajuda para conseguir uma nova casa ou lugar onde viver, ou para tratar da mudança? (*inclui alojamento em instituições*)**

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-14c.)
9. NS / NR

71-14a. Quem o ajudou a fazê-lo?

1. FAMILIAR (*não pago*)
2. UM AMIGO (*não pago*)
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA TAREFA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-14b. Já conseguiu a nova casa ou colocação em residência para idosos?

3. SIM
2. ESTÁ EM LISTA DE ESPERA
1. NÃO LHA CONCEDERAM
9. NS / NR

71-14c. Acha que necessita de ajuda para conseguir um (outro) lugar para viver?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DOMÉSTICOS

71-15. **Nos últimos seis meses, tem tido alguém que o/a ajude, regularmente, a fazer as tarefas domésticas, tais como limpar a casa, lavar a roupa, etc.? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que as fazer porque você não era capaz?**

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-15d.)
9. NS / NR

71-15a. Quem o ajudava fazendo-lhe essas tarefas?

1. FAMILIAR (*não pago*)
2. AMIGO (*não pago*)
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA TAREFA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-15b. Quantas horas, por semana, empregou para fazer essas tarefas domésticas?

_____ horas

71-15c. Ainda tem alguém que lhe preste essa ajuda?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-15d. Acha que necessita de alguém que o/a ajude nas tarefas em casa?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

PREPARAÇÃO DE REFEIÇÕES

71-16. **Durante os últimos seis meses, alguém lhe tem preparado regularmente as refeições ou teve que comer fora de casa? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que cozinhar para si porque não é capaz de fazê-lo?**

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-16c.)
9. NS / NR

71-16a. Quem lhe preparou as refeições?

1. UM FAMILIAR (não pago)
2. UM AMIGO (não pago)
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA TAREFA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-16b. Tem alguém que lhe prepare as refeições?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-16c. Acha que necessita de alguém que lhe prepare regularmente as refeições porque não pode fazê-lo?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, LEGAIS E DE PROTECÇÃO

71-17. Durante os últimos seis meses, alguém o/a ajudou em termos legais, questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro, como por exemplo pagar as suas contas?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-17c.)
9. NS / NR

71-17a. Quem o/a ajudou?

1. FAMILIAR
2. AMIGO
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA TAREFA (por ex. advogado)
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-17b. Tem alguém que o/a ajuda nestas questões?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-17c. Acha que necessita que alguém o/a ajude nestas questões?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA MULTIDIMENSIONAL

71-18. Durante os últimos seis meses alguém, como um médico ou assistente social, examinou e avaliou de forma completa o seu estado em geral, incluindo a sua saúde física e mental, e a sua situação social e económica?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-18a. Acha que necessita de alguém que examine e avalie o seu estado em geral?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO, INFORMAÇÃO E APOIO

71-19. Durante os últimos seis meses, alguém viu se tinha o tipo de ajudas que necessitava?

Por outras palavras, alguém lhe deu informação sobre os tipos de ajudas que poderia obter ou colocou o/a em contacto com quem o/a poderia ajudar?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-19c.)
9. NS / NR

71-19a. Quem foi essa pessoa?

1. FAMILIAR
2. AMIGO
3. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-19b. Há alguém que veja se tem o tipo de ajudas que necessita?

Por outras palavras, há alguém que lhe dê informação sobre os tipos de ajudas que poderá obter ou colocá-lo/a em contacto com quem o/a ajude?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-19c. Acha que necessita de alguém que organize ou coordene os tipos de ajuda que necessita e o/a coloque em contacto com quem lhe possa dar essa ajuda?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

72. A PERGUNTA 71 FOI REALIZADA AO

1. SUJEITO
2. INFORMANTE *Relação* _____
3. AMBOS

PERGUNTAS PARA FAZER AO **INFORMANTE** BASEADAS NO SEU CONHECIMENTO DO SUJEITO SE ESTE NÃO É FIDEDIGNO OU NÃO PODE RESPONDER

RECURSOS SOCIAIS

73. Como se dá o/a _____ com a sua família e amigos?

3. MUITO BEM
2. RAZOAVELMENTE (tem algum conflito ou problema com eles)
1. MAL (tem muitos problemas ou conflitos com eles)
9. NS / NR

74. Há alguém que ajudaria o/a _____ em tudo se estivesse doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo?

1. SIM
0. NÃO (→ P 75.)
9. NS / NR

74a. Há alguém que...?

(assinalar a mais apropriada)

3. CUIDARIA DELE/A INDEFINIDAMENTE (o tempo que necessitasse)
2. CUIDARIA DELE/A UM CURTO PERÍODO DE TEMPO (de umas semanas a seis meses)
1. O/A AJUDARIA DE VEZ EM QUANDO (levá-lo/a ao médico, preparando-lhe as refeições,...)
9. NS / NR

74b. Quem é essa pessoa?

(assinalar todas as respostas)

1. CÔNJUGE
2. IRMÃO
3. FILHO
4. NETO
5. OUTRO PARENTE
6. AMIGO
7. OUTRO

RECURSOS ECONÓMICOS

75. Em sua opinião como estão a ser cobertas as seguintes necessidades básicas de _____?

1. ALIMENTAÇÃO
2. HABITAÇÃO
3. VESTUÁRIO
4. CUIDADOS MÉDICOS
5. "EXTRAS" OU PEQUENOS LUXOS

	BEM	RAZOAVELMENTE	MAL
1.	2	1	0
2.	2	1	0
3.	2	1	0
4.	2	1	0
5.	2	1	0

SAÚDE MENTAL

76. O/A _____ demonstra sentido ou senso comum ao fazer juízos e ao tomar decisões?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

77. É o/a _____ capaz de lidar, ou fazer frente aos problemas graves que ocorrem na sua vida?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

78. Parece-lhe que o/a _____ acha a vida interessante e divertida?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

79. Como avaliaria o/a estado mental e emocional de _____ ou a sua capacidade de raciocínio neste momento, comparada com outras pessoas que tenham uma vida independente?

3. MUITO BOM
2. BOM
1. RAZOÁVEL
0. MAU
9. NS / NR

80. Como avaliaria o estado mental e emocional de _____ ou a sua capacidade de raciocínio, comparada com há cinco anos?

2. MELHOR
1. GUAL
0. PIOR
9. NS / NR

SAÚDE FÍSICA

81. Como avaliaria a saúde de _____ neste momento?

3. MUITO BOA
2. BOA
1. RAZOÁVEL
0. MÁ
9. NS / NR

82. Em que medida os problemas de saúde de _____ lhe dificultam fazer as coisas que deseja?

2. NADA
1. UM POUCO
0. MUITO
9. NS / NR

AS QUESTÕES SEGUINTE SÃO DIRIGIDAS AO ENTREVISTADOR E DEVEM SER RESPONDIDAS IMEDIATAMENTE APÓS DEIXAR O LOCAL DA ENTREVISTA

83. Duração da entrevista: _____ minutos

84. A informação objectiva foi obtida do:

1. SUJEITO
2. FAMILIAR
3. OUTRO *Especificar* _____

85. As perguntas objectivas obtidas do sujeito e/ou informante são ...

1. DE TOTAL CONFIANÇA
2. DE CONFIANÇA NA MAIORIA DOS CASOS
3. DE CONFIANÇA SÓ EM ALGUNS CASOS
4. NÃO SÃO CONFIÁVEIS

86. As perguntas subjectivas são:

1. DE TOTAL CONFIANÇA (→ P 87.)
2. DE CONFIANÇA NA MAIORIA DOS CASOS (→ P 87.)
3. DE CONFIANÇA SÓ EM ALGUNS CASOS (→ P 87.)
4. NÃO SÃO CONFIÁVEIS (→ P 87.)
5. NÃO SE OBTIVERAM (→ P 86a.)

86a. Porque não respondeu o sujeito às questões subjectivas?

1. AFASIA / DISARTRIA
2. SURDEZ
3. DEMÊNCIA
4. OLIGOFRENIA
5. DEMASIADO DOENTE
6. NÃO COLABOROU
7. OUTRO *Especificar* _____

RECURSOS SOCIAIS

87. Das seguintes frases, qual descreve melhor a disponibilidade de ajuda que tem o sujeito se estivesse doente ou incapacitado/a?

3. PELO MENOS UMA PESSOA ESTARIA DISPONÍVEL PARA CUIDAR DELE/A INDEFINIDAMENTE
(tanto tempo quanto necessário)
2. PELO MENOS UMA PESSOA ESTARIA DISPONÍVEL PARA CUIDAR DELE/A DURANTE POUCO TEMPO
(de poucas semanas a seis meses)
1. A AJUDA ESTARIA DISPONÍVEL SÓ DE VEZ EM QUANDO
(como levá-lo/a ao médico, preparar-lhe refeições, etc.)
0. NENHUMA (excepto possível ajuda de emergência)

88. Qual das seguintes frases descreve melhor as relações sociais do sujeito?

3. MUITO SATISFATÓRIAS, AMPLAS
2. MODERADAMENTE SATISFATÓRIAS, ADEQUADAS
1. NÃO SATISFATÓRIAS, DE ESCASSA QUALIDADE, POCAS

RECURSOS ECONÓMICOS

- 89. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor os rendimentos do sujeito?**
1. AMPLOS, FOLGADOS
 2. SATISFATÓRIOS
 3. ALGO INSUFICIENTES
 4. TOTALMENTE INSUFICIENTES
 5. NÃO TEM QUALQUER TIPO DE RENDIMENTOS
- 90. Na sua opinião, o sujeito tem economias?**
1. SIM
 0. NÃO (*ou são escassas*)
- 91. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor o grau com que se cobrem as necessidades do sujeito?**
1. COBREM A ALIMENTAÇÃO, HABITAÇÃO, VESTUÁRIO, CUIDADOS MÉDICOS E PERMITEM-LHE PEQUENOS LUXOS
 2. COBREM A ALIMENTAÇÃO, HABITAÇÃO, VESTUÁRIO E CUIDADOS MÉDICOS MAS NÃO LHE PERMITE PEQUENOS LUXOS
 3. NÃO COBREM A ALIMENTAÇÃO, OU HABITAÇÃO, OU VESTUÁRIO, OU CUIDADOS MÉDICOS E NEM LHE PERMITE PEQUENOS LUXOS
 4. NÃO COBREM DUAS OU MAIS NECESSIDADES (*habitação, alimentação, vestuário, cuidados médicos*), NEM LHE PERMITIR PEQUENOS LUXOS

SAÚDE MENTAL

- 92. Tem a impressão de que o sujeito demonstra sentido, ou senso comum, ao fazer juízos e tomar decisões?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 93. Tem a impressão de que o sujeito é capaz de lidar ou fazer frente aos problemas graves que ocorrem na sua vida?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 94. Tem a impressão de que o sujeito acha a vida interessante e divertida?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 95. Durante a entrevista o comportamento do sujeito pareceu-lhe ser:**
1. MENTALMENTE ALERTA E ESTIMULADO
 2. AGRADÁVEL E PARTICIPATIVO
 3. DEPRESSIVO E/OU CHOROSO
 4. DISTRAÍDO OU LETÁRGICO
 5. AMEDRONTADO, INQUIETO OU EXTREMAMENTE TENSO
 6. CHEIO DE QUEIXAS FÍSICAS NÃO REALISTAS
 7. DESCONFIADO (*mais do que o razoável*)
 8. EXTRAVAGANTE OU INAPROPRIADO EM PENSAMENTO OU ACÇÃO
 9. EXCESSIVAMENTE FALADOR, MUITO ALEGRE OU EUFÓRICO

SAÚDE FÍSICA

- 96. O sujeito é obeso/a, mal nutrido/a ou emagrecido/a:**
0. NÃO
 1. SIM, É OBESO/A
 2. SIM, ESTÁ MAL NUTRIDO/A OU EMAGRECIDO/A
 9. NS / NR

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS SOCIAIS

97. CLASSIFIQUE OS RECURSOS SOCIAIS ACTUAIS DA PESSOA, AVALIANDO-OS NA ESCALA DE SEIS PONTOS APRESENTADA ABAIXO.

ANOTE O NÚMERO (SÓ UM) QUE MELHOR DESCREVE AS CIRCUNSTÂNCIAS PRESENTES DA PESSOA.

AS PERGUNTAS DE RECURSOS SOCIAIS SÃO AS 6-14, 73, 74, E 87-88.

1. **Recursos sociais muito bons.** As suas relações sociais são muito satisfatórias e amplas; pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente.
2. **Recursos sociais bons.** As suas relações sociais são moderadamente satisfatórias e adequadas e pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente;
ou
As relações sociais são muito satisfatórias e amplas e só teria disponível uma ajuda temporária.
3. **Recursos sociais ligeiramente insatisfatórios.** As suas relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente;
ou
As relações sociais são moderadamente satisfatórias, adequadas e apenas disporia de ajuda por um período curto de tempo.
4. **Recursos sociais moderadamente insatisfatórios.** As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; só dispõe de ajuda por um período curto de tempo;
ou
As relações sociais são pelo menos ajustadas ou satisfatórias, mas a ajuda só seria possível de vez em quando.
5. **Recursos sociais fortemente insatisfatórios.** As relações são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda só seria possível de vez em quando;
ou
As relações sociais são pelo menos satisfatórias ou adequadas; mas a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.
6. **Recursos sociais totalmente insatisfatórios.** As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS ECONÓMICOS

98. CLASSIFIQUE OS RECURSOS ECONÓMICOS ACTUAIS DA PESSOA, AVALIANDO-OS NA ESCALA DE SEIS PONTOS APRESENTADA ABAIXO.

ANOTE O NÚMERO (SÓ UM) QUE MELHOR DESCREVE AS CIRCUNSTÂNCIAS PRESENTES DA PESSOA.

AS PERGUNTAS DE RECURSOS ECONÓMICOS SÃO AS 15-30, 75 E 89-91.

1. **Recursos económicos muito bons.** Os seus rendimentos são amplos; o sujeito tem economias.
2. **Recursos económicos satisfatórios.** Rendimentos amplos; o sujeito não tem economias;
ou
Rendimentos suficientes; o sujeito tem economias.
3. **Recursos económicos ligeiramente insatisfatórios.** Rendimentos suficientes; o sujeito não tem economias;
ou
Rendimentos algo insuficientes; o sujeito tem economias.
4. **Recursos económicos moderadamente insatisfatórios.** Rendimentos um pouco insuficientes; o sujeito não tem economias.
5. **Recursos económicos fortemente insatisfatórios.** Rendimentos totalmente insuficientes; o sujeito pode ter ou não ter economias.
6. **Recursos económicos totalmente insatisfatórios.** O sujeito é indigente, sem rendimentos ou economias.

(CONSIDERA-SE QUE OS RENDIMENTOS SÃO SUFICIENTES SE COBREM TODAS AS NECESSIDADES DO SUJEITO)

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

99. CLASSIFIQUE O FUNCIONAMENTO ACTUAL DA PESSOA, AVALIANDO-O NA ESCALA DE SEIS PONTOS APRESENTADA ABAIXO. ANOTE O NÚMERO (SÓ UM) QUE MELHOR DESCREVE O FUNCIONAMENTO PRESENTE DA PESSOA.

AS PERGUNTAS DE SAÚDE MENTAL SÃO AS DO QUESTIONÁRIO PRELIMINAR E AS 31-36, 76-80, E 92-95.

1. **Saúde mental muito boa.** Intellectualmente alerta gozando claramente a vida. Controla com facilidade o quotidiano e os problemas graves da vida e não apresenta sintomas psiquiátricos.
2. **Saúde mental boa.** Controla tanto o quotidiano como os problemas graves da vida satisfatoriamente e intelectualmente está intacto/a e livre de sintomas psiquiátricos.
3. **Saúde mental ligeiramente insatisfatória.** Tem ligeiros sintomas psiquiátricos e/ou ligeiro deterioro intelectual. Controla o quotidiano mas não satisfatoriamente os problemas graves da sua vida.
4. **Saúde mental moderadamente insatisfatória.** Tem sintomas psiquiátricos definidos e/ou um moderado deterioro intelectual. Controla o quotidiano e é capaz de tomar decisões com senso comum, mas incapaz de lidar com os problemas graves da sua vida.
5. **Saúde mental fortemente insatisfatória.** Tem sintomas psiquiátricos graves e/ou um grave deterioro intelectual que interfere com os juízos e decisões do quotidiano.
6. **Saúde mental totalmente insatisfatória.** Manifestamente psicótico ou completamente deteriorado intelectualmente. Requer supervisão periódica ou constante devido ao seu comportamento claramente anormal ou potencialmente nocivo.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE FÍSICA

100. CLASSIFIQUE O FUNCIONAMENTO FÍSICO ACTUAL DA PESSOA, AVALIANDO-O NA ESCALA DE SEIS PONTOS APRESENTADA ABAIXO. ANOTE O NÚMERO (SÓ UM) QUE MELHOR DESCREVE O FUNCIONAMENTO PRESENTE DA PESSOA.

AS PERGUNTAS DE SAÚDE FÍSICA SÃO AS 37-55, 81, 82 E 96.

1. **Saúde física muito boa.** Ocupa-se de actividades físicas vigorosas regularmente ou pelo menos de vez em quando.
2. **Saúde física boa.** Insignificantes doenças ou incapacidades. Apenas requer cuidados médicos de rotina como avaliação (*check up*) anual.
3. **Saúde física ligeiramente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças que podem beneficiar de tratamento médico ou de medidas correctivas.
4. **Saúde física moderadamente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são dolorosas ou requerem considerável tratamento médico.
5. **Saúde física fortemente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são fortemente dolorosas ou ameaçam a sua vida ou requerem amplo tratamento médico.
6. **Saúde física totalmente insatisfatória.** Acamado/a e requer permanente assistência médica ou cuidados de enfermagem para manter as funções vitais do organismo.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO DESEMPENHO DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

101. CLASSIFIQUE O DESEMPENHO ACTUAL DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DA PESSOA, AVALIANDO-OS NA ESCALA DE SEIS PONTOS APRESENTADA ABAIXO. ANOTE O NÚMERO (SÓ UM) QUE MELHOR DESCREVE O DESEMPENHO PRESENTE DA PESSOA.

AS PERGUNTAS DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA SÃO AS 56-69.

1. Capacidade para as AVD muito boa. Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda e com facilidade.
2. Capacidade para as AVD boa. Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda.
3. Capacidade para as AVD ligeiramente insatisfatória. Só não realiza de uma a três AVD. Requer alguma ajuda para realizar uma a três AVD, mas não necessariamente todos os dias. Pode passar um dia sem ajuda. É capaz de preparar as suas próprias refeições.
4. Capacidade para as AVD moderadamente insatisfatória. Requer assistência regular em pelo menos quatro AVD mas pode passar um dia sem ajuda;
ou
Requer ajuda regular para a preparação das refeições.
5. Capacidade para as AVD fortemente insatisfatória. Necessita ajuda diária mas não necessariamente o dia inteiro ou a noite, com muitas AVD.
6. Capacidade para as AVD completamente insatisfatória. Necessita ajuda durante todo o dia e/ou a noite para realizar as AVD.

RESUMO DE PONTUAÇÕES

RECURSOS SOCIAIS	_____
RECURSOS ECONÓMICOS	_____
SAÚDE MENTAL	_____
SAÚDE FÍSICA	_____
ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	_____

102. PONTUAÇÃO ACUMULADA DE INCAPACIDADE (SOMA DAS CINCO PONTUAÇÕES)
