

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

A INFLUÊNCIA DOS LAÇOS FAMILIARES
NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS:
UM ESTUDO NUMA INSTITUIÇÃO DE
ACOLHIMENTO

DISSERTAÇÃO

Documento Provisório

Dissertação académica orientada pela Prof. Doutora Manuela Josefa Rocha
Teixeira e coorientada pela Prof. Mestre Maria do Carmo Alves da Rocha

ANA FILOMENA SILVA DE FREITAS

Porto | 2014

Aos meus Pais,

Ao Hugo.

Agradecimentos

Os meus agradecimentos são dirigidos a todas as pessoas que me apoiaram nesta caminhada, que me permitiu a realização deste trabalho com êxito.

À Dr.^a Virgínia Marques pela disponibilidade incansável, pela colaboração, acolhimento e todo o apoio, os meus sinceros e gratos agradecimentos.

Aos participantes no estudo, pela disponibilização de tempo e pela oportunidade de partilha de momentos pessoais, tão enriquecedores e repletos de emoções.

À minha Família, Pais e Irmão, por todo o apoio e incentivo sem os quais a realização do trabalho não teria sido possível. Por todas as palavras e momentos de incentivo e de carinho ao longo deste percurso.

Ao Hugo, pela total compreensão, o incentivo constante, a ajuda emocional e técnica e por todos os momentos de acompanhamento.

À minha orientadora, Professora Doutora Manuela Teixeira e à Professora Mestre Maria do Carmo Rocha pela coorientação, que contribuíram para que a realização do estudo representasse um momento de grande aprendizagem e pelos seus contributos preciosos na elaboração do trabalho. Agradeço também todo apoio demonstrado e o acolhimento na realização do trabalho.

Aos responsáveis pelas escalas utilizadas no trabalho, pela autorização da aplicação das escalas no estudo, pela disponibilidade demonstrada, assim como por todo o material fornecido.

A todos os outros, que me acompanharam de forma direta e indireta, nesta etapa da minha vida e que me ajudaram na caminhada que este trabalho representou.

*É a nossa atitude no início de uma tarefa difícil,
que, mais do que qualquer outra coisa,
vai afetar o seu resultado bem-sucedido.*

William James

Lista de Abreviaturas

AVD'S - Atividades de Vida Diárias

EU - European Union

FAD - Family Assessment Device

ICN - International Council of Nurses

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

MMFF - Modelo de McMaster do Funcionamento Familiar

MTSS - Ministério do Trabalho e Segurança Social

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

WHOQOL - Bref - World Health Organization Quality of Life-Bref

Resumo

Os dados demográficos demonstram uma tendência acentuada do envelhecimento populacional, com consequências nos apoios e nas estruturas das famílias, o que originará num futuro próximo, novas necessidades de saúde para as quais os idosos, famílias e comunidade, não estarão preparados.

A família é a instituição na qual a pessoa insere-se e desenvolve-se, ao longo das etapas do ciclo de vida. Portanto é uma estrutura de apoio responsável por garantir a realização e a satisfação das necessidades, sentidas pela pessoa aquando do envelhecimento.

Atualmente, em resultado das alterações, a família não consegue responder às necessidades dos seus membros e conseqüentemente recorre ao apoio formal, como a utilização de instituições de acolhimento.

O envelhecimento corresponde a uma fase do ciclo de vida, que acarreta transformações nas várias dimensões da vida dos idosos e conforme as previsões estatísticas apontam ocorrerá um contínuo aumento. Desta forma, a família, a comunidade e os profissionais de saúde devem promover um envelhecimento com qualidade de vida. A enfermagem deve construir intervenções no sentido da promoção de um envelhecimento com qualidade de vida, capacitando os idosos, famílias e comunidade.

O presente estudo teve como objetivo aprofundar o conhecimento sobre a influência dos laços familiares na qualidade de vida dos idosos de uma instituição de acolhimento. Contribuindo para uma melhor prestação de cuidados em enfermagem comunitária, na área do envelhecimento com qualidade de vida. Realizei um estudo quantitativo, descritivo - correlacional e transversal, a questão de investigação que norteou o estudo

foi: qual a influência dos laços familiares na qualidade de vida dos idosos de uma instituição de acolhimento.

O estudo foi realizado numa instituição de acolhimento de idosos, frequentada maioritariamente por pessoas com profissões ligadas à pesca. Das unidades de centro dia e lar da instituição selecionada, obtive uma população de 39 idosos. Para estudar a influência dos laços familiares contactei os familiares dos idosos, conseguindo avaliar a perceção da funcionalidade familiar de 11 familiares de 11 idosos.

Para colheita de dados recorri às escalas FAD (Family Assessment Device) e WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life-Bref). Ambas as escalas estão traduzidas e validadas para a população portuguesa pelos grupos de trabalho das respetivas escalas. A FAD avalia a funcionalidade familiar segundo a perceção dos membros da família e tem por base o Modelo de McMaster do Funcionamento Familiar (MMFF). A escala WHOQOL-Bref foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e avalia quatro domínios da qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e ambiente.

Os resultados obtidos evidenciaram que os idosos que percecionavam a funcionalidade familiar da sua família como saudável, ou seja, família com boa funcionalidade familiar, apresentavam melhor nível de qualidade de vida. Da análise da perceção dos idosos e da perceção dos elementos da família constatei que existiam divergências, os idosos identificavam mais dimensões não saudáveis na família, ao contrário dos elementos da família, o que reflete que os diferentes elementos da família percecionavam as mudanças decorridas de forma distinta.

Palavras-chave: Envelhecimento; Família; Qualidade de Vida

The Influence of Family Ties in the Elderly's Quality of life

Abstract - A Study in a Host Institution

Abstract

Demographic data show a marked trend of population aging, with consequences at the supports or structures of families, which originate in the near future new health needs for which the elderly, families and community, will not be prepared.

The family is the institution in which the person fits and develops along the life cycle stage. So is a support structure responsible for ensuring the satisfaction of the person's needs during aging.

Nowadays, as a result of the changes, the family can't meet the needs of its members and consequently need formal support, such as nursing homes.

Old age corresponds to life cycle stage, which leads to changes in the various dimensions of life of the elderly and as statistical predictions suggest there will be a continued increase. Thus, the family, the community and health professionals should promote aging with quality of life. Nursing interventions should build towards promoting aging with quality of life, enabling older people, families and communities.

The general purpose of the preparation of this study was to deepen the knowledge about the influence of family ties in the quality of life of institutionalized elderly. Contributing to better care in community nursing in the on aging and quality of life, in a host institution. I conducted a quantitative, descriptive - correlational and cross study, the research question that guided the study was: what is the influence of family ties in the quality of life of institutionalized elderly in a host institution.

The study was performed in a host institution for the elderly, frequented mostly by people with jobs related to fishing. The institution

selected, reached a 39 seniors. To study the influence of the family ties contacted 11 families, each family member (n=11) corresponded to an element of the family of 11 seniors.

To study the influence of the family ties interviewed 11 families. Each (n = 11) corresponded to household 11 seniors.

For data collection application FAD scale (Family Assessment Device) and WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life-Bref). Both scales are translated and validated for the Portuguese population in the working groups of each scale. The FAD evaluates family functioning according to the perceptions of family members and is based on the McMaster Model of Family Functioning (MMFF). The scale WHOQOL-Bref was developed by the World Health Organization (WHO) and assesses four domains of quality of life: physical, psychological, social relationships and environment.

The results showed that the elderly who perceive their family as healthy, or family with good family functioning, had higher levels of quality of life. Analyzing the perception of the elderly and the perception of the family elements found that there were differences, the elderly identified more family unhealthy dimensions, compared to members of the family, which reflects that different members of the family perception changes differently.

Keywords: Aging, Family, Quality of Life

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1 - A FAMÍLIA E O ENVELHECIMENTO COM QUALIDADE DE VIDA	17
1.1 - Dados Estatísticos da População e Família	17
1.1.1 - <i>Demografia a Nível Mundial</i>	18
1.1.2 - <i>Demografia em Portugal</i>	19
1.1.3 - <i>Evolução da Família e os Seus Apoios</i>	22
1.2 - Família	25
1.2.1 - <i>A Família e o Idoso</i>	27
1.2.2 - <i>O Modelo de McMaster do Funcionamento Familiar</i>	30
1.3 - Qualidade de Vida	32
1.3.1 - <i>Qualidade de Vida do Idoso</i>	36
1.4 - O Papel da Enfermagem Comunitária	37
2 - OS LAÇOS FAMILIARES E A QUALIDADE DE VIDA NOS IDOSOS	41
2.1 - Metodologia	41
2.1.1 - <i>Questão de Investigação</i>	43
2.1.2 - <i>Objetivos do Estudo</i>	43
2.1.3 - <i>Tipo de Estudo</i>	44
2.1.4 - <i>População</i>	44
2.1.5 - <i>Instrumentos de Colheita de Dados</i>	45
2.1.6 - <i>Aspetos Éticos</i>	47
2.1.7 - <i>Procedimento</i>	48
2.1.8 - <i>Tratamento dos Dados</i>	49
2.2 - Apresentação e Análise dos Resultados	49
2.2.1 - <i>Caracterização Sociodemográfica dos Idosos</i>	50
2.2.2 - <i>Caracterização Sociodemográfica do Elemento da Família</i>	54
2.2.3 - <i>Resultados Obtidos - Escala FAD na Perspetiva dos Idosos</i>	55

2.2.4 - Resultados Obtidos - Escala FAD na Perspetiva do Elemento da Família	58
2.2.5 - Qualidade de Vida dos Idosos	59
2.2.6 - Resultados Obtidos - Teste não paramétrico Kruskal-Wallis...	62
3 - DISCUSSÃO	65
CONCLUSÃO	77
BIBLIOGRAFIA	81
ANEXOS	91
Anexo I : Questionário Geral	93
Anexo II : Autorização da Aplicação da Escala FAD	97
Anexo III : Escala FAD	101
Anexo IV : Autorização da Aplicação da Escala WHOQOL-Bref	111
Anexo V : Escala WHOQOL-Bref	115
Anexo VI : Consentimento Informado	121
Anexo VII : Codificação dos Resultados das Dimensões da Escala FAD..	125

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição dos idosos de acordo com o sexo	50
TABELA 2: Distribuição dos idosos de acordo com as características sociodemográficas.....	51
TABELA 3: Distribuição dos idosos de acordo com o motivo da utilização da instituição e tempo de convivência na instituição	52
TABELA 4: Distribuição dos idosos de acordo com a dependência nas atividade de vida diária, nas diferentes unidades.....	53
TABELA 5: Distribuição dos idosos de acordo com o motivo da utilização da instituição e tempo de convivência, nas diferentes unidades	54
TABELA 6: Distribuição dos idosos de acordo com as classificações da escala FAD	56
TABELA 7: Distribuição dos idosos de acordo com as classificações da escala FAD nas diferentes unidades.....	57
TABELA 8: Distribuição dos elementos da família e dos idosos de acordo com as classificações da escala FAD.....	59
TABELA 9: Distribuição dos idosos de acordo com os domínios da escala WHOQOL-Bref	60
TABELA 10: Distribuição dos idosos de acordo com os domínios da escala WHOQOL-Bref, nas diferentes unidades	61
TABELA 11: Apresentação dos dados com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis - Dados Sociodemográficos e o domínio geral da Escala WHOQOL-Bref	63
TABELA 12: Apresentação dos dados com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis - Escala FAD e o domínio geral da Escala WHOQOL-Bref	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Estrutura projetada da população, na Europa	19
GRÁFICO 2: Estrutura da população residente em Portugal	20
GRÁFICO 3: Pirâmide da População Residente em Portugal, 2010.....	21
GRÁFICO 4: Projeções da População Residente em Portugal, 2050	21
GRÁFICO 5: Famílias Clássicas Segundo a Dimensão	22

INTRODUÇÃO

Portugal depara-se com o aumento da longevidade da população, devido ao aumento da esperança de vida resultante de alterações na sociedade, apresentando um envelhecimento demográfico acentuado. Esta transição demográfica, segundo Azeredo (2011), constituiu um fenómeno marcante para a humanidade. Desta forma, ilumina o surgimento de novas necessidades de saúde dos idosos, famílias e comunidade.

O envelhecimento é parte integrante do ciclo de vida do ser humano. Assim, cada vez mais será uma fase comum à grande maioria da população. Esta percepção é corroborada pelos dados estatísticos, que apontam no sentido do aumento da esperança média de vida. Na população portuguesa em 2011 era de 79,2 anos e em 2050 será de 81 anos (Bandeira et al., 2012). Os mesmos autores alertam para a previsão dos desequilíbrios estruturais da população portuguesa, o que provocará novas necessidades de suporte e apoio à comunidade. Como é possível constatar nos dados estatísticos, entre 2001 e 2011, observou-se, na população portuguesa, uma diminuição da população jovem e um aumento de 19,4% da população idosa (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A primeira unidade social, na qual a pessoa se insere e que contribui para o seu desenvolvimento, ao longo do ciclo vital, é a família. Logo, a família é uma estrutura de apoio que assegura a satisfação e a realização de todas as necessidades, sentidas pela pessoa, aquando do envelhecimento (Araújo, Paúl e Martins, 2010).

Tal como surgiram mudanças demográficas, a família, ao longo dos tempos, também tem vindo a sofrer alterações. Como evidenciam os dados estatísticos, segundo o INE (2011), as famílias com grandes dimensões tem

vindo a diminuir, face às famílias constituídas por uma ou duas pessoas. Conseqüentemente emergiram transformações no seio familiar, que alteraram a estrutura de apoio da família aos seus membros, condicionando a rede de apoio informal.

Nos tempos atuais, a família depara-se muitas vezes com a necessidade de ajuda da rede de apoio formal, recorrendo à utilização de instituições, para uma melhor resposta face às necessidades de cuidados sentidos pelos idosos. Assim, os apoios comunitários representam um apoio fundamental às famílias e aos seus idosos (Pereira, 2012).

A utilização de uma instituição de acolhimento não anula a vivência do processo de envelhecimento para o idoso, família e comunidade. As transições que o envelhecimento origina, têm de ser superados de forma saudável, que só é possível se as pessoas estiverem preparadas para as várias transições que vão surgindo no decorrer do processo de envelhecimento, como afirmam Meleis et al. (2000).

Desta forma, a enfermagem comunitária e de saúde pública, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), desempenha um papel preponderante na capacidade de resposta às necessidades de saúde, sentidas pela comunidade, face às alterações demográficas, promovendo ganhos em saúde. Neste sentido, a enfermagem pode desenvolver intervenções que capacitem os idosos, a família e a comunidade nas suas necessidades promovendo um envelhecimento com qualidade de vida.

A qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no seu contexto cultural e no seu sistema de valores, estando relacionando com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo que está dependente da saúde física do indivíduo, do seu estado psicológico, do nível de independência, das relações sociais, das crenças pessoais e da relação com os aspetos significativos do ambiente envolvente. (WHOQOL Group, 1994, 1995, citado por Canavarro et al., 2009).

Para Ribeiro et al. (2011), a qualidade de vida é um conceito dinâmico e de percepção individual, interligado com os domínios físico, psicológico, sócio - ambiental e ético - espiritual. O domínio sócio -

ambiental, engloba entre outras condições, a família. Portanto, as relações familiares contribuem para promoção de um envelhecimento com qualidade de vida e para o envelhecimento ativo.

Sequeira (2010) reforça que, para que o envelhecimento ativo ocorra, a sociedade terá de acabar com os estigmas negativos face ao envelhecimento e promover a vida com autonomia e independência, sustentado pela monitorização da saúde, do suporte social, do apoio familiar, do apoio informal e formal.

Dada a atualidade da temática, o envelhecimento e a importância que a família tem na promoção da qualidade de vida no envelhecimento, o presente estudo surgiu no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Desenvolvi um estudo quantitativo, descrito - correlacional e transversal, com o objetivo geral de aprofundar o conhecimento sobre a influência dos laços familiares na qualidade de vida dos idosos de uma instituição de acolhimento. Contribuindo, com a sua realização, para uma melhor prestação de cuidados em enfermagem comunitária, na área do envelhecimento com qualidade de vida.

Além disso, a realização deste estudo também passou pela importância de demonstrar o papel da enfermagem comunitária na área do envelhecimento e da funcionalidade familiar, para um possível fundamento de futuras decisões políticas em saúde, assim como no desenvolvimento de projetos que abrangem o envelhecimento, a família e a enfermagem comunitária.

A questão de investigação que norteou o presente estudo foi: qual a influência dos laços familiares na qualidade de vida dos idosos de uma instituição de acolhimento. Com apoio na questão de investigação e no objetivo geral que nortearam o trabalho, defini os seguintes objetivos específicos: avaliar a qualidade de vida dos idosos de uma instituição de acolhimento; avaliar os laços familiares dos idosos de uma instituição de acolhimento e identificar a influência dos laços familiares na qualidade de vida do idoso de uma instituição de acolhimento.

Este estudo foi realizado numa instituição que acolhe essencialmente idosos que tiveram atividades laborais ligadas à pesca, representando uma comunidade com características específicas. A escolha desta instituição deveu-se ao facto de ser uma instituição do distrito do Porto e pela vontade em conhecer a realidade desta comunidade.

Após o consentimento da instituição para realização do estudo, procedi à identificação dos utentes inscritos na instituição que reuniam os critérios definidos. Seguidamente, contactei os idosos e as famílias, obtive consentimento informado, apliquei a escala FAD (Family Assessment Device) para avaliação dos laços familiares e a escala WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life-Bref) para avaliação da qualidade de vida dos idosos.

As escalas foram selecionadas após pesquisa bibliográfica, ambas estão traduzidas e validadas para a população portuguesa, pelos grupos de trabalhos responsáveis pelas escalas. A escala FAD está a cargo do grupo de trabalho do Doutor Abigali Marcaccio e a coordenadora do grupo de trabalho da escala WHOQOL-Bref, para a população portuguesa, é a Doutora Maria Canavarro. A escala FAD foi aplicada aos idosos e a um elemento do núcleo familiar de alguns idosos. A escala WHOQOL-Bref foi destinada apenas aos idosos, dado que um dos objetivos do estudo era somente a avaliação da qualidade de vida do idoso.

A dissertação está estruturada em diferentes partes. Começo por apresentar o enquadramento teórico que sustenta o estudo, abordando os seguintes itens: dados estatísticos da população e da família; o conceito de família e o Modelo de McMaster do Funcionamento Familiar (MMFF); o conceito de qualidade de vida; o papel da enfermagem comunitária. Seguidamente, a segunda parte é constituída pela metodologia do trabalho, a apresentação e análise dos resultados. Posteriormente passo à discussão dos dados do trabalho e concluo o relatório com algumas considerações finais.

A execução deste estudo representou um momento de aprendizagem, assim como uma vitória pessoal e profissional.

1 - A FAMÍLIA E O ENVELHECIMENTO COM QUALIDADE DE VIDA

Esta primeira parte é constituída pela temática que sustenta todo o presente estudo. Ao iniciar o estudo, é imprescindível o esclarecimento dos vários conceitos que o integram para uma melhor compreensão e sustentação do seu desenvolvimento. Por isso, inicio com a apresentação de alguns dados estatísticos da população, da família e dos seus apoios. Posteriormente, exponho a evolução do conceito de família interligado com o envelhecimento e abordo o Modelo de McMaster do Funcionamento Familiar (MMFF), que fundamenta a escala aplicada no trabalho para avaliação da funcionalidade familiar. Também, o conceito de qualidade de vida e a sua relevância no envelhecimento são áreas que importa desenvolver. Por último, reflito sobre a importância do papel da enfermagem comunitária nas áreas da família e do envelhecimento com qualidade de vida.

1.1 - Dados Estatísticos da População e Família

O envelhecimento populacional é relatado nos dados demográficos e nos dados da evolução da família e seus apoios. A população mundial

vivencia um envelhecimento demográfico, que se consistiu como um fenómeno marcante para a humanidade (Azeredo, 2011). Portugal depara-se, inevitavelmente, com o envelhecimento da população, que origina transformações no quotidiano dos idosos, família e comunidade.

1.1.1 - Demografia a Nível Mundial

Entre 1990-2010, a população mundial teve um crescimento em média de 1,3% por ano, resultando este aumento sobretudo no crescimento de pessoas com 65 anos ou mais. Dentro desta faixa etária, em relação ao género, verifica-se que o sexo feminino predomina, devido à sua esperança de vida ser mais prolongada, comparativamente ao sexo masculino. Existem países onde o número de mulheres nesta faixa etária representa o dobro, quando comparadas com o número de homens. No continente africano a taxa de crescimento populacional foi 2,4 % por ano, a maior taxa a nível mundial. Já na Europa a taxa de crescimento populacional foi de 0,1%, representando a taxa de crescimento mais baixa, a nível mundial (European Union, 2012).

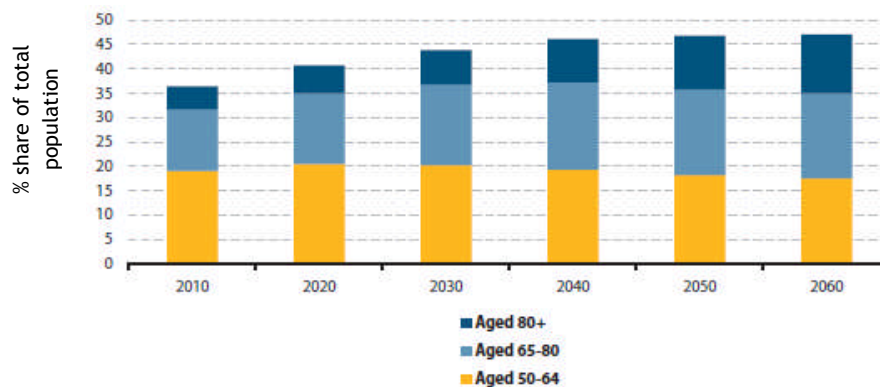
As projeções para o período de 2010-2060 preveem uma taxa de crescimento de 0,7% por ano, para a população mundial. África continuará a apresentar a maior taxa de crescimento com 1,8%, seguindo-se a Oceania com 0,9%, Norte da América com 0,6%, a América Latina com 0,5%, com 0,4% o Continente Asiático e por último a Europa com uma taxa de crescimento de -0,1% (Ibidem).

O envelhecimento demográfico ocorre quando o saldo natural, ou seja, o equilíbrio entre a taxa de natalidade e a taxa de mortalidade projeta-se para zero ou negativo (Azeredo, 2011). Assim, as projeções indicam que a Europa manterá o envelhecimento da sua população, dado que a previsão da sua taxa de crescimento é negativa.

Portanto, a Europa enfrenta uma transição demográfica, que corresponde ao envelhecimento da população, efeito de transformações das sociedades, pelo aumento da expectativa de vida e decréscimo da taxa de fertilidade. A população com idade igual ou superior a 65 anos, em 2010, representava mais de 17% da população total e em 1985, esta percentagem, era de 12,8% (EU, 2012).

A população da Europa com mais de 60 anos, segundo as projeções demográficas, terá um aumento de cerca de dois milhões de pessoas por ano, nos próximos anos. Em contrapartida, a população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos) apresentará um decréscimo. Tal resultará num desequilíbrio entre as pessoas muito idosas (mais de 80 anos) e as pessoas das outras faixas etária (Gráfico 1). A média de idade da população, em 2010, era de 40,7 anos. Para 2060 projeta-se que será de 47,6 anos (Ibidem).

Gráfico 1 - Estrutura projetada da população, na Europa
(Fonte: EU, 2012)

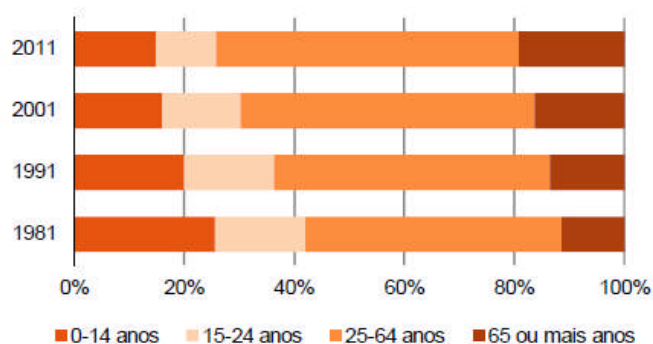


1.1.2 - Demografia em Portugal

Segundo o INE (2011), Portugal depara-se com um envelhecimento populacional acentuado. Em 2011, a população idosa (65 anos ou mais)

representava 19% e a população mais jovem (0 aos 14 anos) correspondia a 15% da população residente em Portugal. No período de 10 anos, entre 2001 e 2011, observou-se, na população portuguesa, uma diminuição de 5,1% da população jovem (0-14 anos) e uma redução de 22,5% da população jovem em idade ativa (15 anos aos 24 anos). Um aumento da população idosa, em 19,4% e um crescimento de 5,4% de população pertencente ao grupo etário de 25 aos 64 anos (Gráfico 2). Dadas estas alterações na estrutura da população, o índice de envelhecimento (relação existente entre o número de idosos e o número da população jovem) tem vindo a aumentar.

Gráfico 2 - Estrutura da população residente em Portugal
(Fonte: INE, 2011)



Em 2011, a esperança média de vida, da população portuguesa, era de 79,2 anos. A previsão indica que em 2050, 37,5% da população será de pessoas idosas (65 anos ou mais) representando um aumento de longevidade para os 81 anos (Portugal, 2012). As previsões apontam para que ocorra uma diminuição da base da pirâmide e naturalmente uma aumento do topo da pirâmide (Gráfico 3 e Gráfico 4), resultando em desequilíbrios estruturais entre as gerações, com origem nas dinâmicas demográficas, ou seja na natalidade, mortalidade e migrações (Bandeira et al., 2012).

Gráfico 3 - Pirâmide da População Residente em Portugal, 2010
(Fonte: INE, 2012)

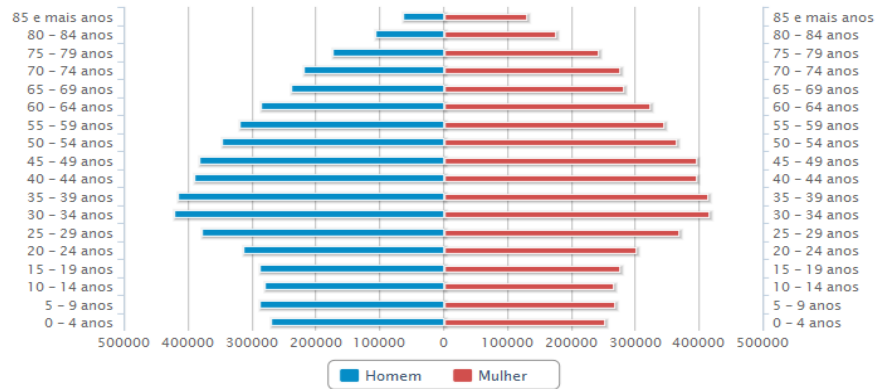
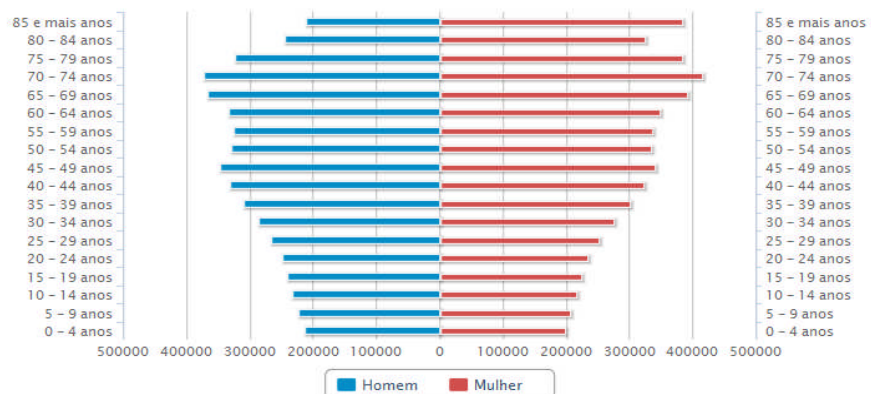


Gráfico 4 - Projeções da População Residente em Portugal, 2050
(Fonte: INE, 2012)



Em Portugal, o ponto de partida do envelhecimento demográfico deu-se em 1950, mas foi a partir de 1960 que este processo se destacou, na medida em que observou-se um decréscimo da fecundidade devido ao aumento da precaridade laboral, ao desemprego e à escolha pela carreira profissional face ao projeto de construir uma nova família (Ibidem).

A Direção Geral da Saúde (DGS) (Portugal, 2004) afirma que o envelhecimento demográfico acarreta várias transformações na vida dos idosos, das famílias e das comunidades, para as quais não estavam desportos. O envelhecimento não constitui um problema, no entanto

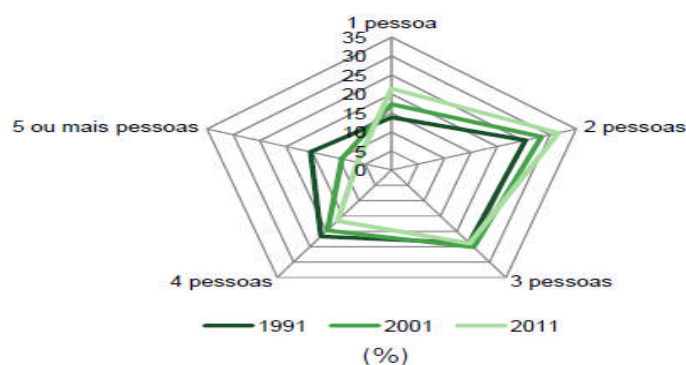
envolve uma ação integrada de comportamento e atitudes que respondam às realidades sociais e familiares.

1.1.3 - Evolução da Família e os Seus Apoios

Azeredo (2011) descreve que, no início do século XX, a família era constituída por dois indivíduos pertencentes ao mesmo estatuto social, com uma cultura e educação semelhante, o que facilitava a adaptação dos subsistemas da família. A mulher desempenhava um papel importante nas tarefas e nas relações internas do agregado familiar. Dadas as modificações da sociedade, nomeadamente a alteração do papel da mulher, a diminuição do número de membros da família e a existência de várias gerações na família, verifica-se, atualmente, a existência de vários tipos de famílias.

No que diz respeito à dimensão média das famílias, observou-se um decréscimo. Em 2001 a dimensão média das famílias era de 2,8, em 2011 passou para 2,6, ou seja, em dez anos as famílias com grandes dimensões diminuíram. Em contrapartida, as famílias compostas por uma ou duas pessoas aumentaram (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Famílias Clássicas Segundo a Dimensão
(Fonte: INE, 2011)



As grandes modificações observáveis no seio familiar foram: a redução de famílias alargadas, o predomínio das famílias nucleares, a

coexistência de diferentes tipos de família, os obstáculos no trabalho, a alteração da posição social da mulher e a diminuição das áreas habitacionais. Todas estas alterações interferem com o cuidado da família aos seus elementos, traduzindo-se numa instabilidade familiar, ao nível da rede de solidariedade familiar (Sequeira, 2010).

Em Portugal, segundo o INE (2011), 60% (mais de um milhão e duzentos mil) dos idosos vive sozinho ou na companhia de outro idoso. Este fenómeno, nos últimos dez anos, entre 2001 a 2011, teve um aumento de 28%.

Para Pereira (2012), as redes de apoio são interdependentes e a sua sustentabilidade está dependente uma das outras. A rede formal emerge, quando a rede informal deixa de conseguir dar resposta e as necessidades dos cuidados se tornam mais complexas e especializadas. A utilização de instituições de acolhimento engloba-se na rede formal e advém da conjuntura das atuais sociedades, que apresentam um rede informal cada vez mais estrita e da necessidade de cuidados de saúde especializados. No entanto, a tendência presente é para a manutenção do idoso na sua comunidade e na sua família. Outra causa da utilização das instituições de acolhimento, para além das abordadas anteriormente é a carência de programas de suporte social (Regadas, Marques e Fernandes, 2010).

Os dados estatísticos, apresentados na Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos de 2009 (Portugal, 2009), demonstram que o motivo principal do recurso às instituições de acolhimento, atingindo 66 %, deve-se à incapacidade do idoso realizar as suas atividades de vida diárias (AVD's) juntamente com a incapacidade da família responder às necessidades do idoso, seguindo-se o isolamento com 18%, sucedendo-se os conflitos familiares e a ausência de alternativa residencial, ambos com 8%.

Consequentemente, ao longo do tempo, foram desenvolvidos serviços e equipamentos sociais de suporte, na sociedade, com o objetivo de diminuir o isolamento social, promover a autonomia e assegurar uma diversidade de serviços e cuidados multidisciplinares a populações específicas e vulneráveis (Portugal, 2010).

Jacob (2012) indica que as respostas sociais nasceram na assistência local face às necessidades da população, encontrando - se ligadas às ordens militares, ordens religiosas, municípios, confrarias de mestres, pessoas particulares e à dedicação da monarquia, nobreza e clero.

No início do século XVIII, as respostas sociais começam a estar interligadas ao dever social do estado e da sociedade civil. Em 1976 surgiram as IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social).

“As IPSS são constituídas por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, com objetivos de apoio social à família, crianças e jovens, idosos e integração social e comunitária, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços.” (Instituto de Segurança Social, 2013:4).

As respostas sociais, conforme apresentado na Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos de 2010, foram ampliadas de forma exponencial, surgindo os centros de dia, as residências e lar de idosos e os serviços de apoio domiciliário (Portugal, 2010).

Pereira (2012) afirma que, nas últimas décadas em Portugal, assistiu-se a alterações na sociedade e uma dessas alterações foi o recurso às instituições de serviços na educação, na saúde e no apoio aos idosos, devido a mudanças no sistema familiar, nomeadamente, à diminuição das famílias alargadas e aumento das famílias nucleares. Sequeira (2010) e Pereira (2012) apontam que o défice de cuidadores familiares resultou da alteração do papel social da mulher, da maior carga de horário de trabalho e da distância entre o local de trabalho e de residência.

Nunes (2010) destaca que, as instituições têm como objetivo responder às necessidades dos idosos e da família, promovendo uma melhor gestão das tarefas do quotidiano da família e garantir a melhor prestação de serviços. Dados os cuidados específicos que alguns idosos carecem, o

recurso a instituições de acolhimento é uma resposta adequada. No entanto, a decisão de recorrer ao apoio de uma instituição de acolhimento para o idoso não é pacífica, a família depara-se com a pressão social, com o dever de solidariedade face aos idosos e o idoso encara esta etapa da vida com um sentimento de impotência.

1.2 - Família

Ao longo do tempo, o conceito de família alterou-se em consequência das transformações socioculturais, tecnológicas e das interferências das variáveis ambientais, sociais, económicas, culturais, políticas e religiosas (Sarmiento, Pinto e Monteiro, 2010).

Para o ICN (Internacional Council Nurses) a família é “uma unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das suas partes.” (2011:115).

A família é uma instituição com origem no início da espécie humana, com capacidade de adaptação às condições de vida, num dado tempo e lugar. Os vínculos que se formam entre os membros estão dependentes de fatores espirituais, biológicos, psicológicos, sociais e económicos. É a unidade base da sociedade, responsável pela manutenção e desenvolvimento físico, mental e educacional dos seus membros, que só é possível com a responsabilização da família perante as suas funções (Bagagem, 2010).

Stanhope e Lancaster (2011) ressaltam que atualmente, dadas as alterações sociais, as famílias sofreram modificações nas suas funções, os membros da família já não são tão dependentes financeiramente uns dos

outros. A família, para desempenhar as funções de socialização e de proteção, está mais dependente de instituições existentes na sociedade. Como sistema aberto, a família interage com os seus subsistemas resultando em alterações recíprocas, entre a família e o ambiente. No entanto organiza-se, mantendo a sua identidade como grupo e sustenta a capacidade de autonomia de cada elemento (Azeredo, 2011).

Em relação à estrutura familiar, esta também tem vindo a sofrer transformações. Stanhoper e Lancaster (2011) apresentam três grandes estruturas familiares: famílias casadas, que engloba a família nuclear tradicional, família de casais trabalhadores, família com madrasta/padrasto, família adotiva, família de acolhimento e família sem filhos; famílias monoparentais, que abrange os casais que não casaram, a monoparentalidade voluntária/involuntária, os divorciados e / ou viuvez com filhos, poder paternal conjunto e a família binuclear; e os agregados residenciais com múltiplos adultos que associam o casal em coabitação, famílias de afiliação, famílias alargadas, pessoas que compartilham a mesma habitação e parceiros com o mesmo sexo.

Apesar de todas as alterações da família, Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010) asseguram que esta mantém a função de garantir a integridade da unidade familiar, com respostas às necessidades e às expectativas da comunidade. Assim, as funções da família passam pela criação de afeto, proporcionando segurança e aceitação, garantindo, dessa forma, a satisfação e sentimento de utilidade dos seus membros. Além dessas funções, tem ainda a função de promover a continuidade dos laços, suportando a estabilidade e a socialização de todos os membros da família.

A família, nos países do Sul da Europa, é a unidade basilar de suporte e continuidade de cuidados aos seus membros que necessitam de cuidados. As políticas atuais orientam para a manutenção das pessoas a necessitarem de cuidados, no seu seio familiar (Regadas e Pinto, 2010).

Araújo e Santos (2012) reforçam que é no seio familiar que os seus membros apreendem comportamentos de bem-estar, apoiam-se mutuamente nas atividades de promoção de saúde, nos processos de

doença aguda e/ou crônica vivenciadas durante o seu desenvolvimento e nas diferentes transições que se apresentam ao longo do ciclo vital.

Desta forma, a saúde familiar baseia-se na interação entre as práticas de saúde de cada elemento e o nível de saúde da família, com o objetivo de obter sempre a otimização do bem-estar físico, psicológico, espiritual, social e cultural (Figueiredo, 2012). O funcionamento familiar intervém na saúde dos elementos que o constituem, de igual modo, a saúde de cada elemento da família interfere no funcionamento da família. Portanto, a avaliação e intervenção familiar compreende a família como um sistema integrado na comunidade, na qual se insere, com uma interação recíproca e cumulativa (Stanhope e Lancaster, 2011; Figueiredo, 2012).

1.2.1 - A Família e o Idoso

O envelhecimento constitui-se como um processo experimental e único, que decorre na última etapa do ciclo vital da família, implicando alterações na estrutura familiar, refletindo a individualidade de cada família ao longo do seu ciclo vital. A intergeracionalidade, juntamente com as mudanças consequentes do envelhecimento, afiguram-se como um desafio às famílias, nesta fase do seu ciclo vital (Figueiredo et al., 2011).

Para Lopes e Gonçalves (2012) os idosos são agentes ativos na rede familiar, porque contribuem positivamente para o cuidado das gerações mais novas, desempenham papéis nas dinâmicas familiares intergeracionais com grandes potencialidades. É no seio familiar, espaço social com maior relevância para a pessoa e com grande destaque na fase mais avançada do ciclo de vida, que os idosos participam nas dinâmicas familiares, envelhecendo de forma ativa, com qualidade de vida.

Ao longo do ciclo vital, a família percorre várias transições que implicam mudanças nos padrões familiares (Figueiredo, 2009). Para Relvas

(2006, citado por Araújo, Paúl e Martins, 2010) o ciclo de vida familiar corresponde a um conjunto de acontecimentos dependentes das variações culturais constituídos por mudança, adaptação e organização familiar. A forma como os membros da família vivenciam as transições do ciclo de vida familiar e as interações existentes no meio familiar, determinam o desenvolvimento da família.

Gomes e Mata (2012) afirmam que a família, ao transpor as transições ao longo do ciclo vital, desenvolve-se e adquire as funções de proteção e socialização dos membros. As experiências e os recursos de cada família determinam a forma como cada família vivencia as transições.

Tal como referido anteriormente, o envelhecimento da população portuguesa tem vindo a transformar a sociedade provocando, nas famílias, mudanças em relação à sua estrutura e organização, contudo a família mantém-se como uma unidade emocional e afetiva (Figueiredo et al., 2011).

Azeredo (2011) assegura que, se dentro da família subsistir um clima de harmonia, coesão, afetividade e comunicação, o desempenho do papel da família, face a essas necessidades, pode-se manter sem rutura familiar.

A família conserva-se como um espaço favorecido para o suporte à vida e à saúde dos seus membros. A adaptação a novas situações reflete a individualidade do sistema familiar, ao longo do ciclo vital. O alargamento da rede social facilita as relações significativas de suporte e de partilha, possibilitando um fortalecimento perante as mudanças causadas pelo envelhecimento (Figueiredo et al., 2011).

Segundo Araújo, Paúl e Martins (2010), os sistemas de saúde e de proteção social, têm vindo a imputar às famílias as responsabilidades dos cuidados aos seus membros, destacado o papel central que a família desempenha nos cuidados, em situação de dependência e doença. A resposta da família está dependente de vários fatores: o grau de dependência do idoso, das suas experiências e dos recursos formais e informais.

As redes de suporte subdividem-se em rede informal, que engloba a família, os vizinhos, ou amigos; e a rede formal, na qual se inserem os

programas e medidas de concessão de prestações, ou seja, serviços existentes na rede de serviços e equipamentos sociais (Portugal, 2009). Desta forma, o apoio da rede informal corresponde a um apoio continuado, regular e constante, articulado com o sentimento de solidariedade ou dever moral. Em relação ao apoio da rede formal, este é prestado por ajudas externas à família (Araújo, Paúl e Martins, 2010).

Em Portugal, as alterações no seio familiar, em consequência do envelhecimento, conduziram a modificações nas redes familiares de apoio, predispondo os idosos para o risco de isolamento. A rede informal é bastante importante para o idoso, na medida em que o faz sentir-se amado e valorizado, existindo o sentimento de pertença ao grupo e diminuindo o risco de isolamento (Portugal, 2009).

O idoso, ao frequentar uma instituição de acolhimento, precisa de reformular os papéis sociais. Pereira (2012) salienta a necessidade de estabelecer novas relações, novas rotinas de ocupação de tempos livres, ou seja, transitar por um processo adaptativo face às novas regras e rotinas instituídas nas instituições. Tal, origina um processo de reconstrução da identidade, na qual se perde e ganha novas identidades, preenchido de emoções e sentimentos bastante marcados.

A manutenção das ligações sociais, dentro da instituição e com a comunidade é extremamente importante, na medida em que auxilia na redução da rutura das tarefas do dia-a-dia, que o idoso tinha antes de recorrer à instituição, promovendo de forma eficaz a integração da nova etapa de vida (Nunes, 2010).

A utilização da instituição, segundo Pereira (2012), pode constituir-se em dois polos distintos: o polo positivo que representa o maior acesso ao conhecimento científico e técnico, permitindo beneficiar do uso social da ciência; o polo contrário que caracteriza a substituição dos contextos tradicionais da socialização pela instituição.

1.2.2 - O Modelo de McMaster do Funcionamento Familiar

O modelo McMaster do funcionamento familiar (MMFF) surgiu na década de 50, no Canadá, na Universidade McGill, numa equipa de médicos e pesquisadores da área da terapia familiar, sob a responsabilidade de Nathan Epstein (Epstein, Baldwin e Bishop, 1983; Ryan et al., 2005).

Este modelo baseia-se nos pressupostos: as partes constituintes da família estão interligadas; a família não pode ser entendida de forma isolada do seu sistema familiar; o funcionamento familiar não poder ser compreendido pela análise de cada uma das partes constituintes do sistema familiar; a estrutura e a organização da família são fatores importantes no comportamento dos seus membros; e o padrão transicional da família é responsável pelo comportamento dos membros da família (Ryan et al., 2005).

Para Nathan Epstein, segundo Ryan et al. (2005), a família, durante o desempenho da sua principal função, o crescimento social, psicológico e biológico dos seus membros, depara-se com problemas e questões em três grandes áreas: área das tarefas básicas, área das tarefas de desenvolvimento e a área das tarefas perigosas. Se a família não for capaz de transpor os problemas e as questões de cada área, de forma eficaz, estará mais propensa ao desenvolvimento de comportamentos desajustados dos seus membros.

O MMFF descreve a estrutura, a organização e os padrões transicionais da família. Para tal, avalia as seguintes dimensões do funcionamento familiar: resolução de problemas, comunicação, papéis, responsabilidade afetiva, envolvimento afetivo, controlo de comportamento. Cada dimensão contribui para a compreensão completa do funcionamento familiar (Epstein, Baldwin e Bishop, 1983; Ryan et al., 2005).

Os mesmos autores descrevem as diferentes dimensões que compõem o modelo. A dimensão resolução de problemas avalia a capacidade da família na resolução de problemas, mantendo o funcionamento familiar. O modelo define os seguintes passos na resolução de problemas de forma eficaz: identificação dos problemas, comunicação adequada entre os membros, desenvolvimento de alternativas, decisão sobre as alternativas, a ação sobre a decisão, a monitorização da ação e a avaliação da eficácia da ação.

Relativamente à dimensão da comunicação, esta avalia a capacidade de troca de informações verbais dentro da família. Se a família comunica de forma clara e aberta é considerada uma família saudável.

A dimensão papéis refere-se aos padrões de comportamento dos membros da família, ou seja, a função de cada membro da família. O modelo identifica cinco funções necessárias: a previsão de recursos, o carinho e apoio, a gratificação sexual do casal, o desenvolvimento pessoal e manutenção e a gestão do sistema familiar. Uma família saudável, nesta dimensão, representa uma família na qual as funções de cada membro são exercidas adequadamente e existe uma igual atribuição das responsabilidades.

Seguidamente a dimensão da responsabilidade afetiva engloba as respostas afetivas entre os membros, divididas em emoções de bem-estar que inclui o afeto, carinho, ternura, apoio, amor, consolo, felicidade e alegria e emoções de emergência que abrange o medo, a raiva, a tristeza, a decepção e a depressão.

O envolvimento afetivo refere-se ao interesse e valor que os membros da família demonstram uns com os outros. Os autores identificam seis tipos de envolvimento: a falta de envolvimento, o envolvimento sem sentimento, o envolvimento narcisista, o envolvimento empático, o envolvimento excessivo e o envolvimento simbiótico. O envolvimento afetivo mais saudável corresponde ao envolvimento empático.

O controlo de comportamento abrange o padrão de comportamento adotado pela família nas seguintes situações: situações fisicamente

perigosas, situações que envolvem a expressão de necessidades psicobiológicas e situações que implicam a socialização (Ryan et al., 2005).

De realçar que, dos vários instrumentos construídos tendo por base o MMFF, Ryan et al. (2005) destacam que todos os instrumentos defendem que, dentro da família, as percepções de cada membro são diferentes e que nenhum membro tem a perspectiva mais correta. Um dos instrumentos que avalia o funcionamento da família, de acordo com as percepções individuais dos membros da família, é a FAD. Esta escala avalia as seis dimensões do MMFF e avalia ainda, a funcionalidade geral da família.

1.3 - Qualidade de Vida

A qualidade de vida é um conceito dinâmico e de percepção individual. Diz respeito à concepção de bem-estar e equilíbrio pessoal, interligado com os seguintes domínios: físico, que reflete o bem-estar biológico; psicológico, que se fundamenta na experiência e vivência subjetiva; sócio - ambiental, que corresponde à inserção da pessoa no meio envolvente, assim como às condições laborais, familiares, alimentação, estando ligado ao desenvolvimento económico, político, ambiental e à saúde; e por último o domínio ético espiritual, que demonstra a responsabilidade de cada pessoa na sua saúde, evidenciando os valores que sustentam a vida (Ribeiro, et al., 2011).

Segundo Wood-Dauphinee (1999, citado por Paschoal, 2011) a qualidade de vida foi relatada pela primeira vez por Pigou, em 1920, relacionada com a área da economia. Desde essa altura, até término da segunda guerra mundial, o termo ficou esquecido e a partir daí a OMS (Organização Mundial da Saúde) adaptou o conceito. Posteriormente, o conceito de qualidade de vida emergiu para reprovar as políticas económicas, alertando para os efeitos negativos do desenvolvimento

económico com repercussões na qualidade de vida das gerações futuras. No fim da década de 50, o conceito foi ganhando cada vez mais significado nas políticas sociais e como indicador de resultados. Na década de 60, nos Estados Unidos, o conceito de qualidade de vida foi utilizado na reformulação de políticas sociais efetivas e englobou mais indicadores, relacionados com as boas condições de saúde (Paschoal, 2011).

Nesse decorrer, em 1964, segundo Fleck et al. (1999), o conceito de qualidade de vida foi empregue pelo presidente dos Estado Unidos, Lyndon Johnson. No seu discurso afirmou que os objetivos tinham de ser avaliados pela qualidade de vida que ofereciam às pessoas e não pelos balanços dos bancos. As áreas iniciais do desenvolvimento da qualidade de vida foram as sociais, filosóficas e políticas. Numa fase posterior, devido à falta de humanização originada pelos avanços tecnológicos na medicina e outras ciências, a qualidade de vida passou a ser abordada pelas ciências humanas e biológicas.

Atualmente, a qualidade de vida é uma expressão muito trabalhada e desenvolvida nos estudos na área da saúde e de igual forma nas áreas sociais, económicas, de cooperação internacional, de partilha intercultural e na bioética (Abreu, 2011).

Fleck et al. (2008) indicam pelo menos seis grandes vertentes que originaram a introdução e o desenvolvimento do conceito de qualidade de vida na área da saúde, no início na década de 70 do século XX. A primeira vertente refere-se aos estudos, com base epidemiológica, sobre a felicidade e o bem-estar, tendo como fundamento os estudos realizados nos Estados Unidos nas décadas de 60 e 70. Tinham como objetivo estudar os sentimentos e os recursos que as pessoas utilizavam para a resolução de problemas e avaliar a qualidade de vida, abordando as condições objetivas e subjetivas da população.

A segunda vertente surgiu com o aumento da busca de indicadores de riqueza e de desenvolvimento, na pesquisa de indicadores sociais. A terceira vertente, relatada pelo autor, adveio da insuficiência das medidas objetivas dos tratamentos de prolongamento da vida, que evidenciaram que os exames laboratoriais e a avaliação clínica eram importantes,

contudo estavam mais direcionados para a doença do que para o doente. Também nas doenças crônicas o objetivo consistia na diminuição do impacto da doença no doente. Esta vertente destacava que as medidas de prolongamento da vida tinham de ter em conta a percepção do doente.

A psicologia positiva, outra vertente, referia-se a estudos que tinham como objetivo o desenvolvimento de aspetos positivos da experiência humana, dando relevo às características adaptativas de cada pessoa face às transições, desmarcando-se da exclusividade da doença. Outra vertente, apresentada pelo autor, é a satisfação do utente, com grande desenvolvimento no final do século XX, na qual a preocupação e a satisfação do utente, face aos serviços, tornaram-se indispensáveis no planeamento de estratégias, no atendimento do utente, preocupando-se com a qualidade de vida. A última vertente abordada é o movimento de humanização da medicina, que se coloca face à evolução tecnológica da medicina, surgindo a necessidade de humanização na relação médico-doente, considerada como chave para o êxito das intervenções.

Além das vertentes apresentadas, existem diferentes modelos teóricos da qualidade de vida que são agrupados em dois grupos: o Modelo da Satisfação e o Modelo Funcionalista (Hunt, 1999; McKenna e Whalley, 1998 citado por Fleck et al., 2008).

O Modelo da Satisfação tem por base as abordagens sociológicas e psicológicas de felicidade e bem-estar (Diener, 1984, citado por Fleck et al., 2008), estando a qualidade de vida ligada à satisfação dos vários domínios da vida. Campbell et al. (1976, citado por Fleck et al., 2008) afirmam que a satisfação constitui-se como uma experiência subjetiva e está aliada à expectativa. O indivíduo que procura o acréscimo das suas realizações ou a redução das suas expectativas, apresenta um nível bom de qualidade de vida. Logo, o indivíduo que busca as suas realizações sente a satisfação com o sucesso e o indivíduo que diminui as suas expectativas experiencia a satisfação da resignação. Em ambas as situações, os indivíduos estão satisfeitos, apesar de as experiências de sucesso e de resignação serem diferentes.

O Modelo Funcionalista defende que a pessoa só pode ter uma boa qualidade de vida se exercer satisfatoriamente o seu papel social e as suas funções relevantes. McKenna e Whalley, 1998 (citado por Fleck et al., 2008) afirmam que a doença tem repercussões no desempenho desses papéis, por isso o Modelo Funcionalista é controverso na avaliação da qualidade de vida, havendo autores que apontam críticas ao modelo.

Em 1990, a OMS definiu a qualidade de vida como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no seu contexto cultural e no seu sistema de valores, estando relacionando com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo que está dependente da saúde física do indivíduo, do seu estado psicológico, do nível de independência, das relações sociais, das crenças pessoais e da relação com os aspetos significativos do ambiente envolvente (WHOQOL Group, 1994, 1995, citado por Canavarro et al., 2009). Contudo, a OMS coloca a saúde e as preocupações relacionadas com a mesma, numa posição central de avaliação (Patrick, 2008).

Fleck et al. (2008) afirmam que a introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde foi de extrema importância, principalmente nas intervenções e tratamentos terminais. Este conceito de que é a própria pessoa que sente e percebe, tem um valor intrínseco e intuitivo, estando ligado ao viver bem e sentir-se bem, um dos desejos humanos. As apreciações dos utentes face à medicina e à saúde pública têm cada vez mais importância na avaliação benéfica ou não dos tratamentos, apresentando repercussões nas políticas públicas.

Chatterji e Bickenbach (2008) evidenciam que ao longo do tempo, todas as definições de qualidade de vida apresentaram o domínio de saúde e que vários autores demonstraram a importância da saúde, nomeadamente a percepção ou satisfação com a saúde, como necessária para o bem-estar humano. Para que o conceito de qualidade de vida seja aplicado corretamente na área da saúde, este deve estar separado da avaliação do estado de saúde. Deve ser a pessoa a relatar a sua experiência de vida e não se centralizar nas condições de vida, ou seja a qualidade de vida deve

restringir-se à experiência subjetiva em antagonismo às descrições objetivas.

1.3.1 - Qualidade de Vida do Idoso

Para que ocorra um envelhecimento satisfatório, terá que existir um equilíbrio entre as limitações da idade e as potenciais capacidades de cada pessoa (Trentini, Chachamovich e Fleck, 2008). A prevalência das doenças crônicas, segundo Carvalho e Rodrigues (2011), despoletou a necessidade de identificar os fatores que interferem na qualidade de vida.

O envelhecimento pode desenvolver problemas nas várias dimensões da vida do idoso, originando consequências negativas para a sua qualidade de vida. Desta forma, pode implicar para os idosos e para as famílias, uma fase da vida marcada por doenças, diminuição de autonomia, isolamento social e depressão, com efeito na funcionalidade física, psíquica e social. Contudo, esta fase do ciclo de vida pode ser vivido de forma contrária, se ocorrer um envelhecimento com autonomia e independência, significando uma boa qualidade de vida. Assim, o desafio é estabelecer e promover um envelhecimento com qualidade de vida, permitindo vivenciar os últimos anos de vida com significado e dignidade (Paschoal, 2011).

Portanto, Almeida (2009) afirma que a avaliação da qualidade de vida dos idosos tem de compreender os problemas de saúde, que originam incapacidades e com potencial de intervenção, na área da saúde mental, na área das capacidades funcionais, no estado de saúde, na satisfação com a vida e no suporte social. Logo, a qualidade de vida equivale a uma configuração de bem-estar, numa dimensão auto percebida.

Face a esta fase da vida, as intervenções de enfermagem devem ser direcionadas na promoção da qualidade de vida do idoso, na área dos cuidados básicos e paliativos, sobrepondo-se sempre o respeito pela dignidade humana, na relação enfermeiro-idoso-família. Assim, todas as

intervenções de enfermagem devem recair no controlo de sintomas da doença, no sentido de proporcionar um melhor conforto, assegurando a dignidade humana (Ribeiro e Castro, 2011).

Em relação ao papel preponderante das políticas e das sociedades, as evidências comprovam que os programas de assistência aos idosos direcionadas para a promoção da saúde e para o envelhecimento saudável, são estratégias eficazes na melhoria da qualidade de vida e saúde do idoso. Estes programas devem assentar numa multidisciplinaridade de serviços (Araújo et al., 2011).

Tamai et al. (2011) destacam que os idosos participantes nos programas de envelhecimento saudável, apresentam melhorias da qualidade de vida, sobretudo nos domínios psicológicos e meio ambiente, resultantes do maior suporte psicológico e social que recebem durante a frequência dos programas.

1.4 - O Papel da Enfermagem Comunitária

As mudanças demográficas das sociedades originam uma reconfiguração de equilíbrios intergeracionais, que são a base dos modelos de organização social, e transportam desafios com grande potencial para novas dinâmicas sociais (Lopes e Gonçalves, 2012).

Segundo a DGS, o desafio passa por “...Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível...” (Portugal, 2004:3). Tal exige uma responsabilidade individual e coletiva de toda a comunidade, numa atitude de prevenção e promoção da saúde, atendendo às necessidades de cada pessoa, família e comunidade.

Sequeira (2010) reforça que, para que o envelhecimento ativo ocorra, a sociedade terá de acabar com os estigmas negativos face ao

envelhecimento e promover a vida com autonomia e independência, sustentado pela monitorização da saúde, do suporte social, do apoio familiar, do apoio informal e formal.

O envelhecimento acarreta problemas de saúde com consequências na autonomia. Meleis et al. (2000) afirmam que as mudanças no estado de saúde podem desencadear um processo de transição e as experiências de transição colocam a pessoa num estado de vulnerabilidade, o que dificulta o desenvolvimento de estratégias que permitem a transição.

Os enfermeiros são os cuidadores principais dos idosos e das suas famílias que experienciam o processo de transição e têm um papel fundamental na preparação destes para as mudanças e exigências que as transições trazem às suas vidas. Facilitam o processo de aprendizagem, ajudam na aquisição de competências para que a transição ocorra de forma saudável (Meleis et al., 2000). Portanto, a enfermagem comunitária ao intervir junto do idosos e da família, pode aumentar as suas competências, o que lhes permite vivenciar as transições da melhor forma possível.

A saúde familiar representa um conjunto de especificidades relacionadas como o potencial de saúde da família, como promotora do desenvolvimento familiar. Representa-se pela capacidade do sistema familiar adotar estratégias, com o objetivo de manter a sua funcionalidade, através da organização e das mudanças estruturais, no sentido de responder às necessidades individuais dos seus membros (Figueiredo, 2012).

A enfermagem de família é compreendida por Wright e Leahey (2009) como os cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, que enfatizam as respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais.

Os cuidados de enfermagem à família tem como objetivo capacitá-la, auxiliando-a a desenvolver um papel proactivo no seu projeto de vida, com o fortalecimento da família, pela mobilização de recursos internos e externos que favoreçam a saúde da família, permitindo-a adquirir autonomia. As intervenções de enfermagem encaram a família numa complexidade de interações, que engloba as respostas afetivas, cognitivas e comportamentais (Figueiredo, 2012).

Como já referi anteriormente, a manutenção da qualidade de vida está dependente de um bom estado de saúde, da integração dos idosos na sociedade, decorrente de cuidados de saúde satisfatórios face às suas necessidades. Vieira et al. (2012) destacam que o enfermeiro tem um papel preponderante na promoção de uma boa saúde, através de intervenções que permitam a integração da pessoa idosa e o suporte familiar, obtendo ganhos em saúde e promovendo a qualidade de vida. As intervenções de enfermagem passam pelo auxílio da gestão e da utilização dos recursos existentes na comunidade. O idoso mais informado, sobre as práticas de saúde, apresenta uma maior colaboração nas mudanças de comportamentos.

2 - OS LAÇOS FAMILIARES E A QUALIDADE DE VIDA NOS IDOSOS

Após a abordagem teórica relativa à temática em estudo, nesta segunda parte abordo o desenvolvimento da presente investigação. Primeiro, exponho a metodologia adotada englobando: a questão norteadora, os objetivos, o tipo de estudo, a população, os instrumentos aplicados na colheita de dados, o cumprimento dos princípios éticos nos procedimentos constituintes do estudo e o tratamento dos dados. Seguidamente, faço a apresentação e análise dos resultados, descrevendo a caracterização sociodemográfica dos idosos e do elemento da família e os resultados obtidos com a aplicação das escalas FAD e WHOQOL-Bref.

2.1 - Metodologia

A investigação científica corresponde a um processo sistemático baseado na colheita de dados observáveis e verificáveis, obtidos do mundo empírico, com o objetivo de descrever, explicar, prever e controlar fenômenos. Possibilita a aquisição de novos conhecimentos, conhecimentos científicos, pelo seu carácter sistemático e rigoroso (Fortin, 2009).

Segundo Freixo (2011), a investigação científica tem como ponto de partida uma ideia geral colhida da realidade ou refletida da teoria, que progressivamente se formula numa questão específica. Para dar resposta a

essa questão são seguidos vários passos de um conjunto de procedimentos metodológicos.

A ciência engloba um conjunto de conhecimentos com origem na observação e verificação, desenvolvendo-se através da investigação, ao potenciar o desenvolvimento dos conhecimentos (Fortin, 2009).

A investigação numa área profissional, para Freixo (2011), possibilita o desenvolvimento do seu âmbito de aplicação e auxilia na fundamentação das suas finalidades e objetivos, ou seja, a investigação é um meio facilitador e imprescindível de demonstração do campo de ação e de conhecimento de uma profissão. Faculta aos membros da profissão, uma base de conhecimentos teóricos na qual se apoiam as suas práticas, promovendo o desenvolvimento contínuo da profissão.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2006) afirmou que a investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que permite aumentar o conhecimento de enfermagem, dando resposta aos problemas dos utentes, famílias e comunidades. Desta forma, abrange a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado ao longo do ciclo vital e a promoção de uma morte digna. O conhecimento produzido pela investigação em enfermagem permite uma prática baseada na evidência, no melhoramento da qualidade dos cuidados prestados e na otimização dos resultados obtidos. A investigação em enfermagem contribui para a renovação contínua do seu corpo de conhecimento, assegurando a enfermagem como disciplina.

Assim, a investigação colabora no aumento de conhecimento de uma determinada disciplina e conseqüentemente possibilita o desenvolvimento dessa disciplina e uma melhor prática profissional (Fortin, 2009).

Segundo a mesma autora, a finalidade de qualquer profissão consiste no melhoramento das práticas dos profissionais e simultaneamente assegura a qualidade dos serviços prestados. Essa finalidade só é atingível através da investigação e da reflexão e de um desenvolvimento continuado. Os membros possuem a responsabilidade de trabalhar no desenvolvimento do conhecimento da profissão.

O desenvolvimento deste trabalho revela-se pertinente dada a atualidade do envelhecimento e das projeções demográficas, que demonstram um aumento acentuado de pessoas a vivenciar esta fase do ciclo vital.

2.1.1 - Questão de Investigação

Uma questão de investigação corresponde a um enunciado definido claramente que expõe os conceitos a estudar, específica a população alvo e declara uma investigação empírica. É uma pergunta precisa de um tema em estudo que se pretende analisar, com o objetivo de desenvolver conhecimento (Fortin, 2009).

Desta forma, formulei a seguinte questão de investigação:

Qual a influência dos laços familiares na qualidade de vida dos idosos de uma instituição de acolhimento?

2.1.2 - Objetivos do Estudo

O objetivo da investigação deve enunciar claramente a finalidade que o investigador pretende atingir (Fortin, 2009). O desenvolvimento deste estudo teve como objetivo geral aprofundar o conhecimento sobre a influência dos laços familiares na qualidade de vida dos idosos de uma instituição de acolhimento, contribuindo para uma melhor prestação de cuidados em enfermagem comunitária, na área do envelhecimento com qualidade de vida.

Com apoio na questão de investigação e no objetivo geral que nortearam o trabalho, defini os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar a qualidade de vida dos idosos de uma instituição de acolhimento;
- Avaliar os laços familiares dos idosos de uma instituição de acolhimento;
- Identificar a influência dos laços familiares na qualidade de vida dos idosos de uma instituição de acolhimento.

2.1.3 - Tipo de Estudo

O presente estudo foi um estudo descritivo - correlacional transversal que “tem por objeto explorar relações entre as variáveis e descrevê-las” (Fortin, 2009, p.244). Assim, o objetivo desta investigação foi aprofundar o conhecimento sobre a influência dos laços familiares na qualidade de vida dos idosos de uma instituição de acolhimento, explorando as relações entre os laços familiares e a qualidade de vida dos idosos. Em termos temporais, o estudo foi transversal, porque a recolha de dados aconteceu num determinado momento, ou seja, a colheita de dados foi realizada uma única vez e num intervalo de tempo.

2.1.4 - População

A população, segundo Fortin (2009), corresponde a um grupo de pessoas ou elementos com características em comum. A população que constitui o objeto de estudo denomina-se população alvo, que engloba um conjunto de pessoas com determinados critérios de seleção. A população definida para este estudo, foram todos os idosos da instituição e seus

familiares. A população alvo foram os utentes que não apresentavam défices cognitivos e um elemento da família de cada idoso.

2.1.5 - Instrumentos de Colheita de Dados

Um aspeto importante do processo de investigação é a seleção dos métodos para recolher informação junto dos participantes. Num estudo descritivo - correlacional usualmente apela-se a escalas de medida, a testes normalizados e a questionários (Fortin, 2009).

Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram os seguintes:

Questionário Geral - elaborado pela autora do estudo para definição das características sociodemográficas. Além de englobar dados demográficos era constituído por um conjunto de questões com o objetivo de caracterizar o contexto: tempo de convivência na instituição, motivo da utilização da instituição e existência de dependência nas AVD's (Anexo I).

Family Assessment Device (FAD Versão portuguesa) - este instrumento foi desenvolvido pelo grupo de trabalho de Epstein, Baldwin e Bishop, em 1983 e baseia-se no MMFF. Atualmente esta escala é da responsabilidade do grupo de trabalho do Doutor Abigail Marcaccio, também responsável pela tradução e validação da escala para a população portuguesa, a quem foi pedido autorização para aplicação da escala no presente estudo (Anexo II).

Este instrumento avalia o funcionamento familiar em cada dimensão do MMFF, de acordo com as perceções familiares individuais dos membros da família (Ryan et al., 2005).

A atual versão da FAD (Anexo III) é constituída por 60 itens e cada um avalia uma das dimensões do MMFF. Cada item apresenta quatro hipóteses de resposta do tipo Likert (1=concordo plenamente; 2=concordo;

3=discordo; 4=discordo plenamente). A classificação de saudável ou não saudável a cada dimensão resulta do somatório dos valores atribuídos a todos os itens que correspondem a cada uma das dimensões e da divisão pelo número total desses itens. No entanto, há valores de alguns itens que são transformados, ou seja, o valor final que é assumido é o resultado da subtração a cinco do valor indicado pelo respondente, que pode ir de um a quatro, como referido anteriormente (Simmons e Lehmann, 2013) (Anexo III).

Alcançado o resultado final de cada dimensão, este é comparado com a pontuação de referência, codificando cada dimensão como saudável ou não saudável, segundo a percepção do membro da família. Assim, se o resultado final obtido da dimensão for superior ou igual à pontuação de referência, a dimensão é classificada como não saudável, e caso seja inferior à pontuação de referência significa que a dimensão é percebida como saudável (Ryan et al., 2005).

A dimensão que apresente 40% de respostas em falta não é incluída e designa-se por dimensão em falta. O instrumento FAD, conforme Simmons e Lehmann (2013) afirmam, pode ser autoadministrado ou administrado pelo entrevistador, a todos os membros da família ou individualmente, os membros devem ter idade igual ou superior a 12 anos de idade.

WHOQOL-Bref (Versão Portuguesa) - Para avaliação da qualidade de vida dos idosos recorri à aplicação do instrumento WHOQOL-Bref, desenvolvido pelo grupo da OMS, World Health Organization Quality of Life Measures. O WHOQOL-Bref é constituído por 26 questões, abrangendo quatro domínios da qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Das 26 questões, duas são questões gerais da qualidade de vida e das restantes 24 questões, cada uma corresponde a um domínio (Fleck et al., 2000; Canavarro et al., 2009).

As 26 questões possuem cinco hipóteses de resposta do tipo Likert, variando entre um e cinco. As pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida, no entanto segundo as indicações dos responsáveis pela escala existem questões que tem de ser recodificadas, nas quais é atribuído

o valor de seis e subtraído a pontuação atribuída pelo participante. Para cada domínio realiza-se a média das cotações atribuídas nas questões, o resultado obtido em cada domínio caracteriza o respetivo domínio. A média de todos os domínios é multiplicada por 100, variando entre zero e 100. Resultados mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida (Serra e Canavarro, 2013).

A tradução e validação do instrumento para a população portuguesa é da responsabilidade da Doutora Maria Canavarro, a quem foi solicitada autorização para a aplicação no presente estudo (Anexo IV e Anexo V).

2.1.6 - Aspetos Éticos

As investigações que compreendem pessoas ou animais levantam questões éticas aos investigadores (Fortin, 2009; Polit, 2011).

O desenvolvimento do estudo assentou no respeito e na proteção dos direitos e liberdades dos participantes do estudo. O respeito pelo consentimento livre e esclarecido foi cumprido, na medida em que realizei um pedido formal de autorização à direção da instituição de acolhimento e todos os participantes foram informados que a sua participação era voluntária e que podiam desistir em qualquer altura sem prejuízos para os próprios. Tiveram conhecimento dos objetivos do estudo e obtive o consentimento informado (Anexo VI).

Deste modo, o respeito pela dignidade humana e pelo direito à autodeterminação foram asseguradas, uma vez que os participantes escolheram participar livremente e voluntariamente no estudo, tendo total conhecimento dos seus direitos.

O respeito pela privacidade foi salvaguardado, visto que todos os dados pessoais dos participantes foram transformados em códigos, de forma a não viabilizar a identificação dos participantes, mantendo o anonimato

dos dados recolhidos durante e após o estudo, através da confidencialidade dos dados (Fortin, 2009).

2.1.7 - Procedimento

Numa primeira fase do estudo formulei por escrito um pedido de autorização, à diretora técnica da instituição, que autorizou a realização do estudo na instituição. A instituição é uma IPSS, frequentada maioritariamente, por pescadores aposentados e seus familiares, constituída por quatro valências: centro de dia, centro de convívio, apoio domiciliário e lar.

O centro de dia, o centro de convívio e o apoio domiciliário têm como objetivo prestar serviços aos idosos residentes em ambiente familiar. O lar visa dar resposta às necessidades sentidas pelos utentes, quando não é possível a sua manutenção no ambiente familiar. A realização do estudo decorreu apenas nas unidades de centro de dia e lar.

Após levantamento dos utentes inscritos nas unidades centro de dia e lar, 36 e 20 utentes, respetivamente, foram selecionados 39 idosos na globalidade das duas unidades, tendo em conta o critério de inclusão do estudo.

Na fase seguinte, apliquei os instrumentos de colheita de dados, de acordo com as disponibilidades de horário e espaço das diversas atividades, que as respetivas unidades integravam.

Cada participante foi auxiliado no preenchimento dos instrumentos de colheita de dados. O participante considerou como sua família, os membros com os quais estabelece laços consanguíneos e / ou afetivos. Nos contactos com os idosos foram aplicados três instrumentos de colheita de dados, o questionário geral, a escala FAD e a Escala WHOQOL-Bref e o seu preenchimento demorou aproximadamente 30 minutos.

O contacto estabelecido com os elementos da família dos idosos foi conseguido com auxílio da diretora técnica da instituição. Os elementos da família alcançados foram 11, estes tiveram conhecimento e foram informados pessoalmente dos objetivos do trabalho e obtidas as autorizações para a participação no estudo. A aplicação da escala FAD, nos elementos de cada família inquirida, teve a duração de cerca de 15 minutos.

2.1.8 - Tratamento dos Dados

Para o tratamento estatístico dos dados recorri ao programa informático SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences), utilizei o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade da distribuição das variáveis e o teste não paramétrico Kruskal- Wallis para analisar as relações entre as variáveis.

2.2 - Apresentação e Análise dos Resultados

Apresento, de imediato, os resultados obtidos com a seguinte sequência: caracterização sociodemográfica dos idosos e dos familiares, resultados obtidos com a aplicação da escala FAD na perspetiva dos idosos e familiares, os resultados obtidos com a aplicação da escala WHOQOL-Bref e por fim, as relações entre os diferentes resultados. Os resultados detalhados obtidos com a escala FAD podem ser consultados no Anexo VII,

visto que neste subcapítulo apresento-os já codificados com as classificações saudáveis ou não saudáveis, para uma leitura mais fluida.

A apresentação dos dados é feita através de tabelas no sentido de facilitar a leitura dos mesmos.

2.2.1 - Caracterização Sociodemográfica dos Idosos

Conforme pode verificar-se na tabela 1 dos 39 idosos participantes, 31 era do sexo feminino e 8 do sexo masculino. O sexo feminino encontrava-se em maioria, o que seria de esperar dado que as estatísticas demonstram uma maior longevidade do sexo feminino.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos de acordo com o sexo

Sexo do idoso	n	%
Masculino	8	20,5
Feminino	31	79,5
Total	39	100

Os idosos apresentavam uma média de idades de 79,15 anos, em que o idoso mais jovem tinha 67 anos e o idoso mais velho 90 anos.

Relativamente à profissão, os idosos, no total, eram reformados. Mais de metade dos idosos, 61,5% dos participantes tinha frequentado, entre o primeiro e quatro ano do 1º ciclo de ensino básico, destes 43,6 % era do sexo feminino, seguindo o sexo masculino com 17,9%.

Em relação ao estado civil dos idosos verifiquei que 66,7 % eram viúvos, seguindo-se os casados com 28,2%. De todos os estados civis, a maior representatividade era viúva com 59%, como pode observar-se na tabela 2. Dos participantes 66,7% frequentava o centro de dia e 33,3% era residente no lar. Os idosos que frequentavam o lar apresentavam mais

défices cognitivos ao contrário dos idosos pertencentes ao centro de dia, o que explica que dos 39 idosos a sua maioria seja do centro de dia.

Relativamente à dependência nas AVD's, como se constata na tabela 2, 64,1% era autónomo em todas as AVD's, seguindo-se 23,1% com dependência na atividade de vida diária de higiene e mobilidade. A maioria das idosas, com 79,5%, era autónoma.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos de acordo com as características sociodemográficas

		Sexo				Total			
		Feminino		Masculino		n		%	
		n	%	n	%				
Escolaridade	Analfabetos	7	17,9	0	0	7	17,9		
	Saber ler e escrever	6	15,4	1	2,6	7	17,9		
	1º - 4º Ano	17	43,6	7	17,9	24	61,5		
	5º - 6º Ano	1	2,6	0	0	1	2,6		
Estado Civil	Solteiro	1	2,6	0	0	1	2,6		
	Casado	6	15,4	5	12,8	11	28,2		
	Viúvo	23	59,0	3	7,7	26	66,7		
	Divorciado	1	2,6	0	0	1	2,6		
Unidade - Instituição	Centro de dia	21	53,8	5	12,8	26	66,7		
	Lar	10	25,6	3	7,7	13	33,3		
Dependência nas AVD's	Autocuidado Higiene	5	12,8	0	0	5	12,8		
	Autocuidado Higiene e Mobilidade	7	17,9	2	5,1	9	23,1		
	Autónomo	19	79,5	6	15,4	25	64,1		

Em relação ao motivo da utilização da instituição, como é possível verificar na tabela 3, 76,9% apresentava como motivo a solidão, de evidenciar que destes, 61,5% era do sexo feminino. A necessidade de apoio nas AVD's era de 15,4%, representando o sexo feminino 10,3%. Quanto ao tempo de convivência na instituição, 46,2% frequentava a instituição entre um a dois anos, com 33,3 % há menos de um ano, os frequentadores entre três a quatro anos correspondia a 12,8% e por último com 7,7% tinha mais de cinco anos de tempo de convivência na instituição. De ressaltar que a maioria dos idosos encontrava-se nos períodos de tempo de menos de um ano e entre um ano e dois anos.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos de acordo com o motivo da utilização da instituição e tempo de convivência na instituição

		Sexo				Total	
		Feminino		Masculino			
		n	%	n	%	n	%
Motivo da utilização da instituição	Apoio nas AVD's	4	10,3	2	5,1	6	15,4
	Solidão	24	61,5	6	15,4	30	76,9
	Apoio nas AVD's + Solidão	3	7,7	0	0	3	7,7
Tempo de convivência na instituição	Menos de 1 ano	10	25,6	3	7,7	13	33,3
	1 ano a 2 anos	15	38,5	3	7,7	18	46,2
	3 anos a 4 anos	4	10,3	1	2,6	5	12,8
	Mais de 5 anos	2	5,1	1	2,6	3	7,7

Nas tabelas 4 e 5 apresento os resultados obtidos relativamente à dependência nas AVD's, motivo da utilização da instituição e tempo de convivência na instituição, nas diferentes unidades. Esta apresentação e análise é justificada pelo fato de os serviços prestados na unidade de centro de dia e lar serem distintos.

Conforme é possível observar na tabela 4, do total dos idosos que frequentavam o centro de dia 80,7% era autónomo nas AVD's, seguindo - se 11,5% dependente no autocuidado higiene e mobilidade. No lar a maioria

dos idosos era dependente no autocuidado higiene e mobilidade com 46,2% e 30,8% era autônomo.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos de acordo com a dependência nas atividade de vida diária, nas diferentes unidades

		Unidades			
		Centro de Dia		Lar	
		n	%	n	%
Dependência nas AVD's	Autocuidado Higiene	2	7,7	3	23,0
	Autocuidado Higiene e Mobilidade	3	11,5	6	46,2
	Autônomo	21	80,7	4	30,8

Relativamente ao motivo da utilização da instituição, como apresentado na tabela 5, em ambas as unidades, imperava a solidão. Dos idosos frequentadores do centro de dia 88,5% apresenta como motivo a solidão e 11,5% referia a solidão e a necessidade de apoio nas AVD's. Da totalidade dos idosos do lar, 53,8% mencionava a solidão e 46,2% a necessidade de apoio nas AVD's. De realçar, que todos os idosos que referiam unicamente, o apoio nas AVD's, como motivo de utilização da instituição eram do lar.

Quanto ao tempo de convivência na instituição, os idosos do centro de dia frequentavam a unidade há menos de um ano e entre um ano e dois anos, com igual percentagem de 38,5%. No lar 61,6% dos idosos usufruía da unidade entre um ano a dois anos. Em ambas as unidades existia uma percentagem de 7,7% da totalidade dos idosos, a frequentar há mais de cinco anos, cada unidade.

Tabela 5- Distribuição dos idosos de acordo com o motivo da utilização da instituição e tempo de convivência, nas diferentes unidades

		Unidades			
		Centro de Dia		Lar	
		n	%	n	%
Motivo da utilização da instituição	Apoio nas AVD's	0	0	6	46,2
	Solidão	23	88,5	7	53,8
	Apoio nas AVD's + Solidão	3	11,5	0	0
Tempo de convivência na instituição	Menos de 1 ano	10	38,5	3	23,0
	1 ano a 2 anos	10	38,5	8	61,6
	3 anos a 4 anos	4	15,3	1	7,7
	Mais de 5 anos	2	7,7	1	7,7

2.2.2 - Caracterização Sociodemográfica do Elemento da Família

Dos elementos das famílias, 63,6% era do sexo masculino e 36,4% do sexo feminino. Relativamente ao parentesco entre o elemento da família e o idoso, 90,9% era filhos (as) e 9,1% era cunhado (a), o que parece demonstrar uma rede familiar estreita. No que diz respeito ao estado civil, 90,9% dos elementos das famílias era casado e 9,1% viúvo. Em relação à profissão 27,3% era doméstica, 27,3% era reformado, 18,2% desempregado, 18,2% trabalhador marítimo e 9,1% técnica administrativa.

2.2.3 - Resultados Obtidos - Escala FAD na Perspetiva dos Idosos

Como é possível observar na tabela 6, 64,1% dos idosos considerava a dimensão resolução de problemas como não saudável e 100% dos idosos percecionava a dimensão controlo comportamento também como não saudável. As restantes dimensões foram percecionadas como saudáveis pela maioria dos idosos: 59% dos idosos considerava a sua família saudável na dimensão da comunicação; 71,8% da globalidade dos idosos percecionava a sua família como saudável na dimensão papéis; 61,5% dos idosos percecionava a dimensão responsabilidade afetiva como saudável; 76,9% dos participantes considerava a sua família como saudável na dimensão envolvimento afetivo; e por último, 51,3% dos idosos percecionava a dimensão funcionalidade geral como saudável.

Na observação dos resultados expostos na tabela 6 verifiquei ainda que, os idosos do sexo masculino não apresentam diferenças acentuadas nas classificações das perceções de saudável ou não saudável dentro da mesma dimensão, ao contrário das perceções dos idosos do sexo feminino. Tal pode-se verificar nas dimensões papéis e envolvimento afetivo, nas quais o sexo masculino se distribui de igual forma entre a classificação saudável e não saudável e o sexo feminino classificava maioritariamente estas dimensões como saudáveis.

Nas dimensões comunicação, responsabilidade afetiva e funcionalidade geral, o sexo masculino classificava maioritariamente estas dimensões como não saudáveis, contrariamente ao sexo feminino que as classificavam como saudáveis. Na dimensão resolução de papéis apesar do sexo masculino se distribuir de igual forma entre saudável e não saudável, era o sexo feminino que a classifica como não saudável.

Tabela 6 - Distribuição dos idosos de acordo com as classificações da escala FAD

		Sexo				Total	
		Feminino		Masculino			
		n	%	n	%	n	%
Resolução de Problemas	Saudável	10	25,6	4	10,3	14	35,9
	Não Saudável	21	53,8	4	10,3	25	64,1
Comunicação	Saudável	20	51,3	3	7,7%	23	59,0
	Não Saudável	11	28,2	5	12,8	16	41,0
Papéis	Saudável	24	61,5	4	10,3	28	71,8
	Não Saudável	7	17,9	4	10,3	11	28,2
Responsabilidade afetiva	Saudável	21	53,8	3	7,7	24	61,5
	Não Saudável	10	25,6	5	12,8	15	38,5
Envolvimento afetivo	Saudável	26	66,7	4	10,3	30	76,9
	Não Saudável	5	12,8	4	10,3	9	23,1
Controlo de Comportamento	Saudável	0	0	0	0	0	0
	Não Saudável	31	79,5	8	20,5	39	100
Funcionalidade Geral	Saudável	17	43,6	3	7,7%	20	51,3
	Não Saudável	14	35,9	5	12,8	19	48,7

Da análise entre as perspetivas dos idosos acerca das suas famílias, segundo a unidade que frequentavam surgiram diferenças, como está visível na tabela 7. Dos idosos da unidade de centro de dia, 57,6 % percecionava a sua família como não saudável na dimensão resolução de problemas e 100% percecionava a sua família como não saudável na dimensão controlo de comportamento. Nas restantes dimensões os idosos frequentadores do centro de dia percecionaram as suas famílias como saudáveis (comunicação - 69,2%, papéis - 80,7%, responsabilidade afetiva - 69,2%, envolvimento afetivo - 88,5% e funcionamento geral - 61,5%).

Dos idosos pertencentes ao lar 53,8% percecionava a sua família como saudável nas dimensões papéis e envolvimento afetivo, com igual

valor percentual. As outras dimensões foram percebidas pelos idosos da unidade lar como não saudáveis (resolução de problemas - 76,9%, comunicação - 61,5%, responsabilidade afetiva - 53,8%, controlo de comportamento - 100% e funcionalidade geral - 69,2%).

Portanto, os idosos que frequentavam o centro de dia percebiam as suas famílias como saudáveis em mais dimensões, ao contrário dos idosos do lar.

Tabela 7- Distribuição dos idosos de acordo com as classificações da escala FAD nas diferentes unidades

		Unidade			
		Centro de Dia		Lar	
		n	%	n	%
Resolução de Problemas	Saudável	11	42,3	3	23,0
	Não Saudável	15	57,6	10	76,9
Comunicação	Saudável	18	69,2	5	38,5
	Não Saudável	8	30,7	8	61,5
Papéis	Saudável	21	80,7	7	53,8
	Não Saudável	5	19,2	6	46,2
Responsabilidade afetiva	Saudável	18	69,2	6	46,2
	Não Saudável	8	30,7	7	53,8
Envolvimento afetivo	Saudável	23	88,5	7	53,8
	Não Saudável	3	11,5	6	46,1
Controlo de Comportamento	Saudável	0	0	0	0
	Não Saudável	26	100	13	100
Funcionamento Geral	Saudável	16	61,5	4	30,8
	Não Saudável	10	38,5	9	69,2

2.2.4 - Resultados Obtidos - Escala FAD na Perspetiva do Elemento da Família

Na tabela 8 apresento as perspetivas familiares dos elementos da família e dos respetivos idosos, obtidas com a aplicação da escala FAD. Os elementos da família percecionavam as suas famílias como saudáveis em todas as dimensões, com exceção da dimensão controlo de comportamento (100%). De realçar que a totalidade (100%) dos elementos da família inquiridos consideraram a sua família saudável nas dimensões resolução de problemas e papéis.

Os idosos percecionavam as suas famílias como não saudáveis nas dimensões: resolução de problemas (72,7%), papéis (54,5%), controlo de comportamento (100%) e funcionalidade geral (63,6%). As dimensões percecionadas pelos idosos como saudáveis eram comunicação (54,5%), responsabilidade afetiva (54,5%) e envolvimento afetivo (72,7%).

Ao analisar as perceções dos elementos da família e dos idosos, verifiquei que, as dimensões envolvimento afetivo e controlo de comportamento apresentavam valores coincidentes, com 72,7% a percecionarem a sua família, como saudável, na dimensão envolvimento afetivo e 100 % a percecionarem a sua família, como não saudável, na dimensão controlo de comportamento. De destacar, ainda, que a maioria percecionava, as suas famílias, como saudáveis nas dimensões comunicação e responsabilidade afetiva. Nas dimensões resolução de problemas, papéis e funcionalidade geral, as perceções dos elementos da família e dos idosos eram distintas, sendo que maioritariamente, os elementos da família consideravam que a sua família era saudável e os idosos, na sua maioria, considerava o oposto.

Tabela 8 - Distribuição dos elementos da família e dos idosos de acordo com as classificações da escala FAD

		Família		Idoso	
		n	%	n	%
Resolução de Problemas	Saudável	11	100	3	27,3
	Não Saudável	0	0	8	72,7
Comunicação	Saudável	10	90,9	6	54,5
	Não Saudável	1	9,1	5	45,5
Papéis	Saudável	11	100	5	45,5
	Não Saudável	0	0	6	54,5
Responsabilidade afetiva	Saudável	10	90,9	6	54,5
	Não Saudável	1	9,1	5	45,5
Envolvimento afetivo	Saudável	8	72,7	8	72,7
	Não Saudável	3	27,3	3	27,3
Controlo de Comportamento	Saudável	0	0	0	0
	Não Saudável	11	100	11	100
Funcionalidade Geral	Saudável	10	90,9	4	36,4
	Não Saudável	1	9,1	7	63,6

2.2.5 - Qualidade de Vida dos Idosos

De seguida apresento os dados referentes à escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-Bref. Primeiro, apresento os resultados obtidos com aplicação do instrumento WHOQOL-Bref aos 39 idosos e posteriormente, apresento os mesmos resultados segundo, as unidades que os idosos frequentavam.

Como é possível observar na tabela 9, no domínio geral da qualidade de vida os idosos apresentavam um valor médio de 58,3. Em relação ao

domínio físico manifestavam um valor médio de 60,9, o domínio psicológico obteve 56,8 de valor médio, no domínio das relações sociais apresentavam um valor médio de 60, no último domínio, relacionando com o ambiente o valor médio foi 63,8.

Todos os domínios apresentavam valores médios superiores a 50, o que indica que os idosos consideravam ter uma boa qualidade de vida, visto que os valores perto de 100 representam uma melhor qualidade de vida, enquanto que os resultados próximos do zero representam uma pior qualidade de vida.

Relativamente aos domínios avaliados pela escala WHOQOL-Bref, foi no domínio do ambiente que os idosos indicaram uma melhor qualidade de vida, dado a obtenção do valor médio mais elevado (63,8) e um desvio padrão de 5,4. No domínio psicológico refletiu-se uma pior qualidade de vida, apresentando o valor mais baixo (56,8).

Tabela 9 - Distribuição dos idosos de acordo com os domínios da escala WHOQOL-Bref

	Valor Médio	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Domínio geral	58,3	14,4	25	87,5
Domínio Físico	60,9	20,9	35,7	71,4
Domínio Psicológico	56,8	8,8	37,5	70,8
Domínio Relações Sociais	60	11,4	25	83,3
Domínio Ambiente	63,8	5,4	50	71,8

Dos resultados obtidos com escala WHOQOL-Bref, segundo as unidades que os idosos frequentavam emergiram diferenças. Na leitura da tabela 10 é possível observar que os idosos da unidade centro de dia manifestavam níveis de qualidade de vida superiores aos idosos pertencentes ao lar, ou seja, a percentagem de idosos com valores médios superiores a 50 era mais frequente na unidade de centro de dia, em comparação com os idosos da unidade lar. A esses resultados excetua-se, o

domínio do ambiente, pois a totalidade (100%) dos idosos residentes no lar apresentava um valor médio superior a 50 e 96,2%, dos idosos, da unidade centro de dia, manifestava um valor médio superior a 50.

De ressaltar que, em todos os domínios, os valores médios superiores a 50 imperavam, face aos valores médios até 50 e em ambas as unidades, exceto no domínio das relações sociais, em que 69,2% dos idosos da unidade lar apresentava valores médios até 50, e 30,8% manifestava valores superiores a 50.

Tabela 10 - Distribuição dos idosos de acordo com os domínios da escala WHOQOL-Bref, nas diferentes unidades

Domínios da Escala WHOQOL-Bref	Valor Médio	Unidade			
		Centro de Dia		Lar	
		n	%	n	%
Domínio Geral	Até 50	8	30,7	6	46,2
	Superior a 50	18	69,2	7	53,9
Domínio Físico	Até 50	5	19,3	3	23
	Superior a 50	21	80,7	10	76,9
Domínio Psicológico	Até 50	7	29,9	5	38,5
	Superior a 50	19	73	8	61,5
Domínio Relações Sociais	Até 50	5	19,3	9	69,2
	Superior a 50	21	80,7	4	30,8
Domínio Ambiente	Até 50	1	3,7	0	0
	Superior a 50	25	96,2	13	100

2.2.6 - Resultados Obtidos - Teste não paramétrico Kruskal-Wallis

Para analisar os resultados obtidos com os dados sociodemográficos, com o resultado do domínio geral da escala WHOQOL-Bref dos idosos (n=39), recorri ao teste não paramétrico Kruskal-Wallis, porque no teste de normalidade obtive $p < 0,005$, logo os dados não respeitavam os requisitos da distribuição normal. Também utilizei este teste para cruzar os resultados da aplicação da escala FAD com o resultado do domínio geral da escala WHOQOL-Bref.

Os resultados obtidos, entre os dados sociodemográficos e o resultado do domínio geral da escala WHOQOL-Bref dos idosos, são apresentados na tabela 11, na qual é possível observar que os idosos do sexo feminino avaliavam como pior a sua qualidade de vida, comparativamente aos idosos do sexo masculino. Os idosos sem escolaridade classificavam a sua qualidade de vida como mais baixa, relativamente aos que possuíam entre primeiro e quatro ano de escolaridade e o quinto e sexto ano, sendo, estes últimos, os que atribuíram maior nível de qualidade de vida. Quanto ao estado civil, os idosos solteiros e casados apresentavam níveis de qualidade de vida superiores aos que eram viúvos e divorciados.

Os idosos autónomos nas AVD's manifestavam níveis de qualidade de vida superiores aos idosos com dependência. Em relação ao tempo de convivência na instituição, os idosos que apresentavam os níveis mais baixos de qualidade de vida eram os que estavam há mais tempo na instituição. No entanto os que apresentavam níveis de qualidade de vida mais elevados foram os que estavam no período de tempo de convivência na instituição entre três a quatro anos. Em todos os resultados, não se encontram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 11 - Apresentação dos dados com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis - Dados Sociodemográficos e o domínio geral da Escala WHOQOL-Bref

		Domínio Geral	p
Sexo	Feminino	19,11	0,317
	Masculino	23,44	
Escolaridade	Analfabetos	18,57	0,509
	Sabe ler e / ou escrever	17,50	
	1º-4º Ano	20,54	
	5º - 6º Ano	34,50	
Estado Civil	Casado	21,09	0,854
	Solteiro	22,50	
	Viúvo	19,77	
	Divorciado	11,50	
Dependências na AVD's	Dependente no autocuidado higiene	17,90	0,148
	Dependente no autocuidado higiene e mobilidade	14,39	
	Autônomo	22,44	
Tempo de Convivência na instituição	Menos de 1 ano	22,31	0,194
	1 ano a 2 anos	17,17	
	3 anos a 4 anos	27,30	
	Mais de 5 anos	14,83	

Na tabela 12 apresentam-se os resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, a partir dos dados que emergiram da aplicação das escalas FAD e WHOQOL-Bref (domínio geral). É possível verificar que os idosos que percecionavam a sua família como saudável, nas dimensões: resolução de problemas, papéis, responsabilidade afetiva e funcionalidade geral, apresentavam níveis de qualidade de vida superiores aos idosos que percecionavam a sua família como não saudável. Nas dimensões comunicação e envolvimento afetivo, os resultados foram opostos pois, os

idosos que percecionavam as suas famílias como não saudáveis, exibiram níveis de qualidade de vida superiores.

Portanto, apesar de não existir diferenças estatisticamente significativas, os resultados indicam que os idosos com famílias saudáveis apresentam um nível de qualidade de vida superior.

Tabela 12 - Apresentação dos dados com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis - Escala FAD e o domínio geral da Escala WHOQOL-Bref

Dimensões da FAD	Classificação	Domínio Geral	p
Resolução de Problemas	Saudável	21,39	0,550
	Não Saudável	19,22	
Comunicação	Saudável	19,65	0,811
	Não Saudável	20,50	
Papéis	Saudável	20,79	0,473
	Não Saudável	18,00	
Responsabilidade Afetiva	Saudável	22,21	0,109
	Não Saudável	16,47	
Envolvimento Afetivo	Saudável	19,80	0,834
	Não Saudável	20,67	
Funcionalidade Geral	Saudável	21,78	0,297
	Não Saudável	18,13	

3 - DISCUSSÃO

A taxa de crescimento populacional, segundo os dados estatísticos do INE (2011), na Europa e em Portugal, num futuro próximo será nulo ou negativo, o que indica a continuação do envelhecimento da população, destacando-se a existência de um desequilíbrio populacional, entre as pessoas com mais idade e as restantes. Entre 2001 e 2011, os dados estatísticos do INE (2011) demonstram que na população portuguesa ocorreu uma diminuição de 5,1% da população jovem e um aumento de 19,4% da população idosa.

Face a estas transformações surgem novas necessidades de saúde, para as quais, os profissionais de saúde têm de desenvolver intervenções e ações adequadas, no sentido de lhes dar resposta e promover ganhos em saúde. Esta preparação requer uma análise dos dados estatísticos e estudos na área do envelhecimento, no sentido de se proceder à construção de políticas de saúde ajustadas à realidade e ao futuro previsto.

Paralelamente, às alterações demográficas, verificaram-se transformações nas famílias e nos seus apoios. Nas famílias observou-se uma diminuição dos elementos constituintes do seio familiar (INE, 2011) e segundo os dados estatísticos da Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos (Portugal, 2010), entre 1998 e 2010, as respostas sociais, criaram vários serviços, aumentaram as suas capacidades de resposta e de igual forma as suas taxas de utilização e ocupação.

As famílias, ao longo dos tempos têm vindo a recorrer a apoios extrínsecos ao seio familiar, utilizam a rede formal devido aos

condicionalismos provocados pelas alterações sociais e económicas, que não lhes permitem responder adequadamente às necessidades dos seus membros.

A rede informal engloba a família, que é responsável, segundo Bagagem (2010) pela manutenção e desenvolvimento dos seus membros. Portanto, a família perante o processo de envelhecimento tem a função de responder às necessidades dos seus membros, desta forma, devido às limitações da família, mas atendendo às suas funções, ambas as redes de apoio tem de construir mutuamente intervenções e apoios que respondem às necessidades dos idosos.

Para Figueiredo (2009) uma compreensão da família, como um sistema familiar, torna-se extremamente necessário, na prática da enfermagem, só assim é possível a implementação de planos de ação que garantam o equilíbrio dinâmico do sistema familiar e o seu funcionamento.

Perante o processo de envelhecimento, as famílias e os idosos deparam-se com transições, para as quais parecem não estar preparados e carecem de um maior apoio dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Apesar da evolução dos apoios sociais é evidente que é necessário um maior apoio às famílias e aos idosos, face ao envelhecimento. Esta fase do ciclo de vida tem de ser valorizado, visto ao seu contínuo aumento, tornando-se imprescindível a criação de mais apoios sociais e de apoio dos enfermeiros às famílias (Araújo, Paúl, Martins, 2010).

As alterações demográficas, as necessidades das famílias e dos idosos, remetem para uma análise de qualidade de vida do idoso. O processo de envelhecimento provoca alterações no estado geral da pessoa, como o surgimento de incapacidades, com repercussões na qualidade de vida do idoso, o que implica segundo Pereira (2012) uma resposta por parte da família, que muitas vezes, devido às modificações na sua estrutura e na sua capacidade de suporte, recorrem aos serviços sociais e de suporte, existentes na comunidade, como as instituições de acolhimento.

Com o desenvolvimento deste estudo, pretendi aprofundar o conhecimento sobre a influência dos laços familiares na qualidade de vida dos idosos numa instituição de acolhimento, podendo contribuir para uma

melhor prestação de cuidados em enfermagem comunitária, na área do envelhecimento com qualidade de vida.

Na primeira fase do estudo, dos idosos frequentadores da instituição selecionei os idosos que cumpriam o critério definido para o estudo, abrangendo 39 idosos.

Relativamente aos dados sociodemográficos dos 39 idosos, a média de idades foi de 79,15 anos, o idoso mais jovem tinha 67 anos e o idoso mais velho 90 anos, o que representa uma longa longevidade. A maioria dos 39 idosos era do sexo feminino. Os resultados referentes à caracterização sociodemográfica dos idosos estão de acordo com os atuais dados demográficos (INE, 2011), que evidenciam a supremacia da população feminina, explicada pela maior esperança de vida à nascença do sexo feminino e à sobremortalidade do sexo masculino, explicando-se também, que a maior percentagem recaia sobre o estado civil de viúva.

No que diz respeito à dependência nas AVD's, a maioria dos idosos eram autónomos. Os idosos pertencentes à unidade lar apresentavam maior dependência relativamente aos idosos da unidade centro de dia. No entanto, em ambas as unidades a solidão era o principal motivo da utilização.

A maioria dos idosos (n=30) apresentava como motivo da utilização da instituição, a solidão seguindo-se a necessidade de apoio nas AVD's (n=6), e por último a necessidade de apoio nas AVD's e a solidão (n=3). Segundo o INE (2012) em Portugal 60% dos idosos vivem sozinhos ou na companhia de outro idoso e Pereira (2012) assegura que o recurso às instituições de acolhimento advenha, da existência de uma rede informal cada vez mais estrita e paralelamente da necessidade de cuidados de saúde especializados, o que corrobora os dados encontrados.

Os familiares dos idosos exercem profissões ligadas ao setor das pescas, o que lhes origina grande mobilidade no trabalho, relacionada com a necessidade de efetuarem migrações temporárias à procura de locais mais favoráveis de produção e de melhores condições de vida (Oliveira, 2011), situação esta que provoca o afastamento físico dos elementos da

família e por consequência, seja uma das razões da utilização da instituição.

Assim, a solidão dos idosos participantes parece ser reflexo da fragilidade dos laços entre os membros familiares, tendo como causa principal, a atividade profissional ligada ao setor das pescas, que consequentemente implica que os idosos permaneçam bastante tempo sem a companhia e o suporte dos familiares.

Para avaliação da funcionalidade familiar utilizei a escala FAD, que segue o MMFF. A escolha deste instrumento adveio da sua referência em alguns artigos científicos e por avaliar a funcionalidade familiar, um dos objetivos do presente trabalho. Na aplicação da escala não surgiram problemas, demonstrando ser de fácil compreensão para os participantes.

Para estudar a funcionalidade familiar contactei os familiares dos idosos, conseguindo avaliar a percepção da funcionalidade familiar de 11 familiares, de 11 idosos.

Relativamente ao grau de parentesco entre o elemento da família e o idoso, 90,9% era filho (a) e 9,1% era cunhado (a), o que parece revelar uma estrutura familiar reduzida, dados que corroboram o estudo de Araújo, Paúl e Martins (2010) e os dados estatísticos, que evidenciam a diminuição de famílias alargadas e o aumento das famílias nucleares.

As mesmas autoras destacam ainda que, as famílias com menor número de elementos familiares apresentam menos facilidade de suporte às necessidades sentidas pelos seus membros. O que poderá justificar o recurso das famílias à utilização da instituição, apesar um grande valor percentual dos elementos da família serem domésticas (27,3%) e reformados (27,3%).

Dos resultados obtidos, verifiquei que a maioria dos idosos percepcionava as suas famílias como saudáveis nas dimensões: comunicação, papéis, responsabilidade afetiva, envolvimento afetivo e funcionalidade geral. Para os idosos as suas famílias conseguiam comunicar uns com os outros de forma eficaz, cada membro da família reconhecia a sua função dentro do seio familiar, os membros apresentavam respostas afetivas uns com os outros, demonstravam interesse e envolviam-se uns

com os outros, afirmavam ainda que existia um funcionamento geral da família, saudável.

As dimensões avaliadas, como não saudáveis foram as dimensões resolução de problemas e controlo de comportamento. O défice na dimensão da resolução de problemas, tal como Figueiredo et al. (2011) afirmam, pode ser devido aos desafios que o envelhecimento acarreta para a família, o emergir de novas necessidades de saúde e as alterações que o envelhecimento provoca nas estruturas e organizações da família.

A família, ao vivenciar a transição do envelhecimento dos seus membros, não estando preparada para a sua vivência, proporciona uma maior predisposição para a instabilidade nas funções familiares (Meleis, et al., 2000), gerando problemas no controlo de comportamento dos seus membros, o que pode justificar que esta dimensão tenha sido percecionada pelos idosos como não saudável.

Como as unidades centro de dia e lar eram distintas, na medida em que asseguravam a prestação de cuidados diferentes, avaliei a perspetiva dos idosos frequentadores das duas unidades.

Os idosos frequentadores do centro de dia percecionavam as suas famílias como não saudáveis nas dimensões resolução de problemas e controlo de comportamento, assim como os idosos residentes no lar acrescidas das dimensões comunicação, responsabilidade afetiva e funcionalidade geral.

Portanto, os idosos do centro de dia reconheciam que as suas famílias eram mais saudáveis, ao contrário dos idosos do lar. Esta diferença poderá ser explicada pela distância que a utilização da instituição de acolhimento na unidade lar provoca entre os membros da família e o idoso, predispondo a uma rutura dos laços familiares. Tal como afirmam Araújo e Santos (2012) é no seio familiar, que os membros apreendem comportamentos de bem-estar e se apoiam mutuamente nas diferentes transições do ciclo vital, representa ainda uma unidade emocional e afetiva (Figueiredo et al., 2011). Se no núcleo familiar existir um clima de harmonia, coesão, afetividade e comunicação, a família responde às

necessidades dos seus membros, mantendo os laços familiares (Azeredo, 2011).

A decisão do idoso frequentar uma instituição, segundo Nunes (2010) não é pacífica no seio familiar. Assim, para analisar diferentes perspectivas dentro da mesma família sobre a funcionalidade familiar, avalei a percepção de 11 familiares. Não consegui abranger a totalidade dos 39 familiares, correspondendo um familiar a cada idoso, devido à impossibilidade de participação e de recusa dos outros familiares.

Quanto à percepção dos elementos da família (n=11) a maioria afirmava que a sua família era saudável nas dimensões: resolução de problemas, comunicação, papéis, responsabilidade afetiva, envolvimento afetivo e funcionamento geral da família. A única dimensão avaliada pela totalidade dos elementos da família, como não saudável foi a dimensão controlo de comportamento. Este resultado poderá ser justificado pelo facto de ser uma comunidade com profissões ligadas a grandes riscos físicos (Oliveira, 2011) e como tal apresentarem um défice de competências que lhes permita uma transição saudável. Outra característica da atividade laboral desta comunidade, o afastamento físico, poderá ser uma das razões para a dificuldade em transitar as situações que envolvem a expressão de necessidades psicobiológicas.

Relativamente à percepção familiar dos idosos (n=11) estes avaliaram como não saudáveis as dimensões: resolução de problemas, papéis, controlo de comportamento e funcionalidade geral da família; como saudáveis as dimensões: comunicação, responsabilidade afetiva e envolvimento afetivo.

Como pode constatar-se as percepções dos idosos face às suas famílias apresentavam mais dimensões não saudáveis do que a percepção dos elementos da família, visto que as dimensões resolução de problemas, papéis e funcionalidade geral foram consideradas como não saudáveis, enquanto que para os elementos da família a única dimensão não saudável era a dimensão controlo de comportamento.

A desigualdade entre as percepções dos idosos e dos elementos da família parece atestar que, dentro do seio familiar os membros tem

percepções diferentes da funcionalidade da sua família. As causas desta desigualdade poderão ser explicadas, como afirma Figueiredo (2009) pelas várias transições do ciclo vital, que implicam mudanças nos padrões familiares.

O envelhecimento, fase integrante do ciclo vital da família, origina mudanças na organização familiar, nos papéis e nas regras dos seus elementos, às quais a família se vai adaptando. Todas as alterações e adaptações requerem aceitação e não são vivenciadas da mesma forma por todos os membros constituintes da família (Horta, Ferreira e Zhao, 2010; Figueiredo et al., 2011). Tal pode justificar as diferenças encontradas, nas percepções dos elementos das famílias e nas percepções dos idosos.

Em todos os resultados é de realçar que os idosos identificavam a dimensão resolução de problemas como não saudável, o que parece demonstrar que as famílias não estavam adaptadas e preparadas para vivenciar e transitar as alterações que surgiam no seio familiar.

A qualidade de vida é um conceito amplo que está dependente da saúde física do indivíduo, do seu estado psicológico, do nível de independência, das relações sociais, das crenças pessoais e da relação com os aspetos significativos do ambiente envolvente. A funcionalidade familiar está relacionada com as relações sociais e com o ambiente envolvente, portanto é no seio familiar que se desenvolvem as relações entre os seus membros, contribuindo para a qualidade de vida dos mesmos (WHOQOL Group, 1994, 1995, citado por Canavarro et al., 2009).

Os laços familiares desempenham um papel preponderante na qualidade de vida, o que fundamenta uma análise da sua influência na qualidade de vida dos idosos, no presente estudo, em idosos frequentadores de uma instituição de acolhimento, devido ao afastamento do meio familiar.

Para avaliação da qualidade de vida dos idosos o instrumento utilizado foi o WHOQOL-Bref, da responsabilidade da OMS, traduzido e validado para a população portuguesa. Durante a aplicação do instrumento não ocorreram dúvidas, foi um instrumento perceptível para os idosos e de fácil manuseamento das informações colhidas.

Na análise dos resultados, a maioria dos idosos atribuíam à sua saúde física, ao estado psicológico, às relações sociais e ao ambiente valores médios superiores a 50, o que indica uma boa de qualidade de vida, tal como o resultado exibido no domínio geral.

O domínio com o valor médio mais alto foi o domínio ambiente, o que significa que para os idosos o ambiente envolvente contribuía muito significativamente para a sua qualidade de vida.

Este resultado poderá estar relacionado com o ambiente da instituição, na maior oportunidade de aceder aos cuidados de saúde e sociais e de participar em atividade de recreação e lazer, que a instituição proporcionava. De igual forma, o facto de ser uma instituição que acolhia sobretudo idosos que tiveram a mesma atividade profissional, facilitava a criação de laços e predisponha à partilha de experiências comuns.

O domínio físico apresentava o valor médio mais baixo, estando relacionado com a dependência nas AVD's, demonstrando que os idosos estavam insatisfeitos com as suas condições de saúde física. Desta forma, o desenvolvimento de intervenções de prevenção da doença e promoção da saúde, por parte de enfermagem, são áreas que poderão ser mais trabalhadas, resultando na diminuição de problemas de saúde promovendo um envelhecimento com melhor qualidade de vida.

Dos resultados obtidos observei que os idosos pertencentes ao centro de dia apresentavam um nível de qualidade de vida superior aos idosos da unidade lar. Um dos motivos que poderá fundamentar este resultado será a maior autonomia dos idosos do centro de dia, relativamente aos idosos frequentadores da unidade lar, como evidenciam os estudos de Vivan e Argimon (2009), Murakami e Scattolin (2010); Caporicci e Neto (2011).

No entanto, este resultado poderá também ser explicado pela permanência diária, dos idosos do centro de dia, em ambiente familiar, ou seja, talvez um maior contacto familiar seja fator de uma melhor qualidade de vida.

Da análise dos diferentes resultados do estudo evidenciaram-se os seguintes resultados: o sexo masculino, estado civil solteiro, autonomia nas

AVD's, tempo de convivência na instituição entre três a quatro anos representavam melhores níveis de qualidade de vida.

O sexo masculino apresentava melhores níveis de qualidade de vida, tal como no estudo de Faller et al. (2010) e Andrade e Martins (2011). Ter autonomia nas AVD's evidenciava também níveis de qualidade de vida superiores, tal como referido anteriormente.

O envelhecimento provoca limitações na realização das AVD's, que poderão ser retardadas com a promoção da autonomia dos idosos e com a prevenção do desenvolvimento de patologias. Áreas significativas de intervenção, dos profissionais de enfermagem e que podem contribuir para um envelhecimento com qualidade de vida. A maioria dos idosos era autónomo das AVD's, desta forma, os profissionais de saúde ao intervirem na promoção da autonomia podem potenciar anos de vida, com qualidade de vida.

Os idosos com tempo de convivência de três a quatro anos, na instituição, apresentavam melhor nível de qualidade de vida. Este resultado pode ser explicado pela boa integração do idoso e da família na instituição. Segundo Ribeiro et al. (2011) a qualidade de vida refere-se a um bem-estar e a um equilíbrio pessoal ligado a vários domínios, entre eles o domínio socio - ambiental que reflete a inserção da pessoa no meio envolvente. A instituição deverá manter a ligação com as famílias dos idosos, através dos convívios e de outras atividades que englobam os idosos e as suas famílias, estimulando a manutenção dos laços familiares.

Relativamente à influência dos laços familiares, na qualidade de vida dos idosos, os resultados revelaram que maiores níveis de qualidade de vida correspondiam a melhores classificações do funcionamento geral da família. Assim, pode-se concluir, sem generalizar visto que as diferenças não são estatisticamente significativas, que os laços familiares influenciam a qualidade de vida dos idosos. Estes resultados corroboram as conclusões dos estudos de Leite et al. (2008), Andrade e Martins (2011) e D'Alencar (2012). Alcançam a resposta à questão de investigação que norteou o presente estudo, assim como a realização do objetivo geral e dos objetivos específicos definidos no início do estudo.

Os enfermeiros são cuidadores dos idosos e das suas famílias que experienciam o processo de transição e desempenham um papel fundamental, preparando os idosos e as suas famílias, para as mudanças e exigências que as transições trazem para as suas vidas. Pois, podem facilitar o processo de aprendizagem, ajudando o utente e família a adquirir competências, para que a transição ocorra de forma saudável (Meleis et al., 2000).

A Enfermagem poderá desenvolver, no seu campo de ação, intervenções direcionadas para a funcionalidade da família, que facilitarão a capacitação dos idosos e das famílias, de tal forma que facultará um envelhecimento com qualidade de vida, com repercussões positivas nos gastos dos recursos de saúde. Com a intervenção de enfermagem, nesta área, as famílias estarão mais adaptadas para vivenciarem o envelhecimento de forma saudável, utilizando os recursos de suporte social de forma sustentável, levando a uma melhor gestão dos serviços e apoios existentes.

Para que tal ocorra, é necessário conhecer bem as realidades familiares e trabalhar em simultâneo com os vários membros das famílias, pois, como foi possível observar nos resultados, os elementos da família percecionavam, a funcionalidade familiar, de forma distinta. A enfermagem, ao desenvolver a capacidade das famílias, poderá promover uma maior integração do idoso e da família, no processo de envelhecimento e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

Apesar da comunidade em estudo ter características específicas, pelas profissões dos participantes, foi possível explicar algumas das necessidades sentidas pela população e perspetivar possíveis áreas de intervenção de enfermagem.

As limitações deste estudo prenderam-se com o número reduzido da população participante e com a dificuldade em contactar com os elementos das famílias dos idosos. A instituição de acolhimento integrava, 36 idosos na unidade centro de dia e a unidade lar era constituída por 20 residentes, como a população alvo eram os utentes que não apresentavam défices cognitivos, a população alcançada foi de 39 idosos na globalidade. A outra

limitação deveu-se à impossibilidade de abranger os 39 elementos familiares, visto que, apenas consegui avaliar os laços familiares de 11 familiares, de 11 idosos. Apesar destas limitações, os objetivos que presidiram o estudo foram atingidos, dando resposta à questão de investigação que norteou o estudo, demonstrando que os laços familiares parecem interferir na qualidade de vida dos idosos de uma instituição de acolhimento.

A qualidade de vida dos idosos poderá ser potenciada pelo fortalecimento dos laços familiares, o que foi evidente neste estudo, famílias mais saudáveis, promoviam uma melhor qualidade de vida aos idosos. Comunidades com profissões que interferem nos laços familiares, como a comunidade da instituição na qual decorreu o estudo, poderão requerer mais intervenções de enfermagem, no sentido de potenciar a gestão dos seus recursos.

CONCLUSÃO

Os dados demográficos evidenciam uma tendência acentuada do envelhecimento populacional, assim como também uma diminuição significativa da rede e da estrutura da família, o que levará num futuro próximo, ao surgimento de novas necessidades de saúde para as quais os enfermeiros devem estar aptos a intervir.

Devido a todas as alterações decorridas na população e na família, a rede informal apresenta limitações, não conseguindo responder às necessidades de apoio sentidas pelos membros da família, resultando no recurso da família à rede formal, como a utilização de instituições. Novas necessidades fomentam novas intervenções, um dos conceitos importantes que fundamenta e direciona as intervenções dos profissionais de saúde é a qualidade de vida.

Portanto, neste estudo estudei a influência dos laços familiares na qualidade de vida dos idosos de uma instituição de acolhimento. As conclusões obtidas refletem que a funcionalidade familiar interfere na qualidade de vida dos idosos. No estudo foi evidente que os idosos com melhor nível de qualidade de vida percecionavam a funcionalidade das suas famílias como saudáveis e os idosos com níveis de qualidade de vida mais baixos percecionavam a funcionalidade das suas famílias como não saudáveis.

Esta conclusão derivou dos resultados colhidos, que foram trabalhados numa primeira fase na globalidade dos idosos (n=39) e posteriormente, analisados separadamente conforme as unidades que os

idosos frequentavam. Esta opção de trabalho foi vantajosa, na medida em que facilitou o alcance de resultados mais concretos. Para estudar a influência dos laços familiares optei por analisar primeiro as percepções dos idosos (n=39) e de seguida, analisei as percepções familiares de 11 idosos e de um elemento da família dos 11 idosos.

Os resultados do estudo demonstraram que os idosos (n=39) percecionavam as suas famílias como saudáveis, com a exceção da dimensão resolução de problemas e controlo de comportamento. Verifiquei que os idosos frequentadores da unidade centro de dia percecionavam as suas famílias como não saudáveis nas mesmas dimensões, assim como, os idosos pertencentes à unidade de lar acrescentados ainda das dimensões comunicação, responsabilidade afetiva e funcionalidade geral. A diferença destes resultados pode ser explicada, pela rutura dos laços familiares, originada pela maior distância dos idosos da unidade lar dos seus seios familiares.

Dos resultados obtidos sobre as percepções dos idosos (n=11) e dos elementos da família (n=11) mostraram que os idosos percecionavam mais dimensões não saudáveis do que os elementos da família. Os idosos percecionavam como não saudável as dimensões: resolução de problemas, papéis, controlo de comportamento e funcionamento geral; os elementos da família apenas percecionavam como não saudável a dimensão controlo de comportamento. O que destaca que dentro do seio familiar cada membro perceciona a família de forma distinta.

Quanto à qualidade de vida o valor médio obtido foi superior a 50, o que indica que os idosos apresentavam um bom nível de qualidade de vida, com destaque para o domínio do ambiente, que alcançou a maior quantificação. Este resultado pode ser justificado pelo fato de os utentes da instituição, maioritariamente, apresentarem ocupações laborais ligadas ao setor da pesca, o que promove e potencia a criação de laços entre os idosos.

Na análise dos resultados das percepções da funcionalidade familiar com as percepções da qualidade de vida conclui que os idosos com percepções de funcionalidade familiar saudáveis apresentavam melhores níveis de

qualidade vida. Portanto, parece evidenciar que uma funcionalidade familiar saudável promove um envelhecimento com qualidade de vida.

Contudo, existe um grande caminho a percorrer, cada família tem as suas particularidades, e como tal as suas aptidões mais ou menos desenvolvidas para vivenciar as transições inerentes ao ciclo vital da família. Famílias adaptadas e preparadas para as mudanças, parecem ser famílias mais saudáveis e como mais capacidades na promoção de uma melhor qualidade de vida aos seus idosos.

A realização deste trabalho permitiu contribuir para o conhecimento da influência dos laços familiares na qualidade de vida do idoso e demonstrar a importância da enfermagem comunitária nesta temática.

As novas políticas e projetos devem assentar numa enfermagem comunitária mais próxima das famílias e dos idosos, em que uma das estratégias deverá ser a criação de apoios comunitários que promovam famílias mais saudáveis e consequentemente um envelhecimento com qualidade de vida. Famílias que consigam vivenciar o envelhecimento dos seus membros, ultrapassando as condições inerentes a esta fase do ciclo vital, poderão fomentar um envelhecimento com qualidade de vida e promovem ganhos em saúde.

Os novos apoios comunitários deverão constituir grupos de apoio quer para idosos, quer para a família, estimulando a partilha de informação e projetos comunitários com o objetivo de desenvolver competências na família, nomeadamente na área do envelhecimento.

Apesar de existirem alguns estudos referentes a esta temática, a produção de mais investigação é necessária, no sentido de uma maior compreensão das necessidades das famílias.

No desenvolvimento do trabalho surgiram obstáculos que foram ultrapassados com grande motivação o que permitiu a conclusão do presente trabalho com sucesso. Um aspeto que seria relevante, caso iniciasse agora o trabalho, seria planejar estratégias de forma a abranger mais elementos participativos dentro de cada família. Outra opção, com alguma pertinência seria a realização do mesmo estudo em várias instituições de acolhimento.

Em trabalhos futuros seria relevante adaptar a mesma metodologia do presente estudo, aplicando em diferentes instituições e como referi anteriormente englobar mais elementos do seio familiar. Assim como realizar um estudo que tivesse por base apenas a avaliação da família, avaliando as percepções dos seus membros após intervenções de enfermagem na área da família e do envelhecimento com qualidade de vida.

Apesar dos dados estatísticos não serem significativos nem, extrapoláveis para a comunidade, estes resultados permitem concluir que a enfermagem ao construir intervenções que promovam a maximização da funcionalidade familiar, ou seja famílias saudáveis, estas ficam capacitadas para promover um envelhecimento com qualidade de vida.

Em suma, as famílias saudáveis são possuidoras de competências que lhes permitem vivenciar as várias transições, decorrentes do envelhecimento dos seus familiares, proporcionando um envelhecimento com qualidade de vida mesmo quando recorrem ao apoio de instituições de acolhimento.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, W. - Prefácio. In *saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir*. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2011.

ALMEIDA, M. - Bem-estar, Qualidade de Vida e Apoio Social dos Idosos com mais de 75 anos. In SEQUEIRA, C. ; RIBEIRO, L. ; CARVALHO, J. ; MARTINS, T. ; RODRIGUES, T. - *saúde e qualidade de vida em análise*. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2009.

ANDRADE, A. ; MARTINS, R. - Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium* [Em linha]. Vol. 40 (2011), p. 185-199. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/13.pdf>>.

ARAÚJO, I. ; PAÚL, C.; MARTINS, M. - Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*. [Em linha]. III Série, nº2 (Dez. 2010), p.45-53. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=343b3f61-5478-4740-b3b7-2f586aa6d69a%40sessionmgr114&vid=28&hid=113>>.

ARAÚJO, I. ; SANTOS, A. - Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. *Revista de Enfermagem Referência* [Em linha]. III Série, nº6 (Mar. 2012), p. 95-102. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserlIn6/serlIn6a09.pdf>>.

ARAÚJO, L. [et al.] - Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Pan American Journal of Public Health* [Em linha]. Vol. 30 , nº1 (Jul. 2011), p. 80-86. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d2feac76-41a7-4360-b776-050c2e805d8f%40sessionmgr198&vid=6&hid=123>>.

AZEREDO, Z. - *Idoso como um todo*. Viseu: Psicossoma, 2011.

BAGAGEM, M. - *A Família e a Saúde Mental*. Coimbra: Lusociência, 2010.

BANDEIRA, M. [et al.] - Dinâmicas Demográficas Envelhecimento da População Portuguesa: Evolução e perspectivas. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*. [Em linha]. 2012. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.ffms.pt/upload/docs/cf188adf-cdc8-496e-8fb88e89516aad00.pdf>>.

CANAVARRO, M. [et al.] - Development and Psychometric Properties of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100) in Portugal. *Springer* [Em linha]. Vol. 16 (2009), p. 116-124. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12529-008-9024-2#page-1>>>.

CAPORICCI, S.; NETO, M. - Estudo Comparativo de Idosos Ativos e Inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. *Revista Motricidade* [Em linha]. Vol. 7, nº2 (2011),p. 15-24. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:URL:<<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/mot/v7n2/v7n2a03.pdf>>.

CARVALHO, M.; RODRIGUES, T. - Qualidade de Vida e Autonomia das Pessoas Idosas que Vivem Sozinhas no Domicílio. In *saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir*. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2011.

CHATTERJI, S. ; BICKENBACH, J. - Considerações sobre a qualidade de vida. In *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre : Artmed, 2008. Cap.3.

D'ALENCAR, R. - (Re) significando a solidariedade na velhice: para além de laços consanguíneos. *Acta Scientiarum: Human & Social Sciences* [Em linha]. Vol. 34, nº1 (Jan.-Jun. 2012),p. 9-17. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:URL:<<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&sid=f9dd2c34-a8a4-41708254cacd2e8e9674%40sessionmgr104&hid=108&bdata=Jmxhbm9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&NA=79965867>>.

EPSTEIN, N. ; BALDWIN, L. ; BISHOP, D. - THE McMASTER FAMILY ASSESSMENT DEVICE. *Journal of Marital and Family Therapy* [Em linha]. Vol. 9, nº2 (1983), p. 171-180. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:URL:<<http://parentcity.org/wp-content/uploads/2013/03/the-mcMaster-FAD-description-paper.pdf>>.

EUROPEAN UNION - *Active ageing and solidarity between generation. A statistical portrait of the European Union 2012*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. [Em linha]. 2012. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY/OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF>>.

FALLER, J. [et al.] - Qualidade de Vida de Idosos Cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Foz do Iguaçu-PR. Escola Anna Nery *Revista de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 14, nº4 (Out./Dez. 2010),p. 803-810. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a21.pdf>>>.

FIGUEIREDO, M. - *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Porto: 2009. Tese de Doutorado.

FIGUEIREDO, M. - *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência, 2012.

FIGUEIREDO, M. [et al.] - Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios . *Revista Temática Kairós Gerontologia*. [Em linha]. Vol. 3 Nº 14 (Jun. 2011), p. 11-22. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/6483/4700>>.

FLECK, M. [et al.] - *A Avaliação de Qualidade de Vida : Guia para Profissionais da Saúde*. Porto Alegre : Artmed, 2008.

FLECK, M. [et al.] - Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de qualidade de vida “ WHOQOL-BREF”. *Revista de Saúde Pública* [Em linha]. Vol. 34, nº2 (Abr. 2000), [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034891020000020012&script=sci_arttext>>.

FLECK, M. [et al.] - Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira Psiquiatria* [Em linha]. Vol. 21, nº1 (1999), [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>>>.

FORTIN, M. - *Fundamentos e Etapas do Processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FREIXO, M. - *Metodologia Científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget, 2011.

GOMES, M. ; MATA, A. - A Família Provedora de Cuidados ao Idoso dependente. In PEREIRA, F. -*Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicossoma, 2012. Cap. 12.

HORTA, A. ; FERREIRA, D. ; ZHAO, L. - Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 63, nº4 (Jul.-Agost. 2010),p. 523-528. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet: URL:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167201000040004>.

INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL - *Guia Prático: Constituição de Instituições Particulares de Solidariedade Social*. Lisboa, 2013. [Em linha]. [Consult. Mai. 2013]. Disponível na Internet:<URL:http://www4.seg-social.pt/documents/10152/15030/constituicao_ipss>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Censos 2011- Resultados Pré-definitivos - Momento Censitário - 21 de março 2011*. Lisboa, 2012. [Em linha]. 2012. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet: URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Censos 2011- Resultados Provisórios*. Lisboa, 2011. [Em linha]. 2011. [Consult. Out. 2012]. Disponível na Internet: <URL:http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CEEQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D131011296%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=zn7aUciRD6rC7AapzoCAAQ&u sg=AFQjCNHbhfDNxILJQHbMo9fjDwCZQhSOW&sig2=UUVhMAIr0a22LB-R03I5iA&bvm=bv.48705608,d.ZWU>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE Versão 2.0*. Genebra: ICN, 2011.

JACOB, L. - Respostas Sociais para idosos em Portugal. In PEREIRA, F. - *Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicosoma, 2012. Cap. 9.

LEITE, M. [et al.] - IDOSOS RESIDENTES NO MEIO URBANO E SUA REDE DE SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL. Texto contexto - enfermagem [Em linha]. Vol. 17, nº2 (Abr./Jun. 2008), p. 250-257. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet: <URL: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/05.pdf>>.>

LOPES, A. ; Gonçalves, C. - Envelhecimento Ativo e Dinâmicas Sociais Contemporâneas. In RIBEIRO, O. ; PAÚL, M. - *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Porto : Lidel, 2012. Cap. 10.

MELEIS, A. [et al.] - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science* [Em linha]. Vol. 23. Nº 1 (Setembro, 2000), p. 12-26. [Consult. Abr. 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=13&hid=8&sid=c34465bd-9597-466c-a46dc177448ddac0%40sessionmgr9>>.>

MURAKAMI, L. ; SCATTOLIN, F. - Avaliação da Independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Médica Herediana* [Em linha]. Vol. 21, nº1 (2010), p. 18-26. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=60e99b55-4dc2-422e-a101-758899b31f77%40sessionmgr111&vid=18&hid=117>>.>

NUNES, S. - *Novos Horizontes da Gerontologia: Promoção da Esperança / Sofia Nunes*. Porto: Sofia Nunes, 2010.

OLIVEIRA, J. - O pescador e o seu duplo: migrações transnacionais no mar europeu. *Etnográfica: Revista do Centro de Estudos de Antropologia Social* [Em linha]. Vol. 15, nº3 (Out. 2011), p. 441-464. [Consult. Jul. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.a.ebscohost.com /ehost/detail?vid=7&sid=f1f8ee6c-8121-45dd-94f80a1c4c43577e%4sessionmgr12&hid=21&data=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=69671230>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa, 2006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Proposta dos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária: Lisboa, 2011.

PASCHOAL, S. - Qualidade de Vida na Velhice. In FREITAS, E. ; PY, L. - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 8ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011. Cap. 7.

PATRICK, D. - A Qualidade de vida pode ser medida? Como? In FLECK, M. - *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre : Artmed, 2008. Cap.2.

PEREIRA, F. - Os Idosos como Recurso. In PEREIRA, F. - *Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicossoma, 2012. Cap. 10 e 15.

POLIT, Denise F. ; BECK, Cheryl Tatano - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Porto Alegre : Artmed, 2011.

PORTUGAL. Governo de Portugal - *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Programa de ação, 2012 | Portugal*. 2012 [Em linha]. 2012. [Consult. Set.. 2012]. Disponível na Internet:<URL:

<http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEurop eu2012.pdf>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção - Geral da Saúde - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa, 2004.

PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento - *CARTA SOCIAL: REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS 2010*. Lisboa, 2010. [Em linha]. [Consult. Out. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial 2010.pdf](http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial 2010.pdf)>.

PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento - *CARTA SOCIAL: REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS. A DEPENDÊNCIA: O APOIO INFORMAL, A REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS E OS CUIDADOS CONTINUAOS INTEGRADOS*. Lisboa, 2009. [Em linha]. [Consult. Out. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf](http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf)>.

REGADAS, S ; PINTO, C. - Enfermagem de Família: benefícios para quem cuida e para quem é cuidado. In BARBIERI, M. ; MARTINS, M. ; FIGUEIREDO, M. ; MARTINHO, M. ; ANDRADE, L. ; OLIVEIRA, P. ; FERNANDES, H. ; VILAR, A. ; SANTOS, M. ; CARVALHO, J. - *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família*. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família, 2010.

REGADAS, S.; MARQUES, G. ; FERNADES, S. - Envelhecimento com Dependência: Impacto na Dinâmica Familiar. In SEQUEIRA, C. - *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM*. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2010.

RIBEIRO, I. ;CASTRO, O. - Qualidade de vida do idoso. Que percursos? In *saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir*. Escola Superior de

Enfermagem do Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2011.

RIBEIRO, T. [et al.] - Qualidade de Vida: do conceito à tomada de decisão ética. In *saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir*. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2011.

RYAN, C. - *Evaluating and Treating Families: The McMaster Approach*. New York: Taylor & Francis Group, 2005.

SARMENTO, E. ; PINTO, P.; MONTEIRO, S. - *Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar do idoso dependente no domicílio mecanismos de adaptação*- Coimbra: Formasau, 2010

SEQUEIRA, C. - *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidel, 2010.

SERRA, A. ; CANAVARRO, M. - *Instrumento WHOQOL-BREF: Manual do Utilizador e Sintaxe*. Coimbra, 2013.

SIMMONS, C. ; LEHMANN, P. - *Tools for Strengths-Based Assessment and Evaluation*. New York: SPRINGER PUBLISHING COMPANY, 2013.

STANHOPE, M. ; LANCASTER, J. - *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. Loures: Lusodidacta, 2011.

TAMAI, S. [et al.] - Impact of a program to promote health and quality of life of elderly. *Einstein* [Em linha]. Vol. 9, nº1 (Jan-Mar2011), p. 8-13. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:< [URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewersid=d2feac76-41a7-4360-b776050c2e8058f%40sessionmgr198&vid=6&hid=123](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewersid=d2feac76-41a7-4360-b776050c2e8058f%40sessionmgr198&vid=6&hid=123)>.

TRENTINI, C. ; CHACHAMOVICH, E. ; FLECK, M. - Qualidade de vida em Idosos. In FLECK, M. - *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre : Artmed, 2008. Cap.20.

VIEIRA, E. [et al.] - O Enfermeiro De Família como Promotor do Envelhecimento Activo. In CARVALHO, J. ; FIGUEIREDO, M. ; FERNADES, H. ; VILAR, A. ; ANDRADE, L. ; SANTOS, M. ; FIGUEIREDO, M. ; MARTINHO ; MARTINS, M. ; OLIVEIRA, P. - *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família [Knowledge transferability in Family Nursing]*. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família, 2012.

VIVAN, A. ; ARGIMON, I. - Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad. Saúde Publica* [Em linha]. Vol. 25, nº2 (Fev. 2009), p. 436-444. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/22.pdf)>.

WRIGHT, L. ; LEAHEY, M. - *Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca, 2009.

ANEXOS

ANEXO I : QUESTIONÁRIO GERAL

Questionário Geral

Número _____

Nome: _____

1-Idade _____

2-Data de Nascimento _____

3-Sexo _____

4- Escolaridade

Analfabeto ____

Sabe ler e escrever _____

1º - 4º Ano _____

Outros _____

5 - Estado Civil

Solteiro ____

Casado ____

Viúvo ____

Divorciado _____

6 - Unidade que Frequenta _____

7 - Tempo de Convivência na Instituição _____

8 - Motivo da utilização da instituição _____

9 - Existência de dependência nas Atividades de Vida Diária

10 - Profissão _____

11 - Parentesco _____

ANEXO II : AUTORIZAÇÃO DA APLICAÇÃO DA ESCALA FAD



Ana Filomena Freitas <ana.filomena.freitas@gmail.com>

Scale FAD

5 mensagens

Ana Filomena Freitas <ana.filomena.freitas@gmail.com>

11 de Janeiro de 2013 às
15:11

Para William_LaFrance_Jr@brown.edu

Good Morning, W. Curt LaFrance, Jr.,

I, Ana Filomena Freitas, I am enrolled in the Master Course in Community Nursing, the School of Nursing of Porto, and found me develop my master's thesis in the area of aging and the importance of family ties in this phase of the life cycle. Intended to apply in my work scale FAD, which will provide me the FAD scale validity and translated to Portuguese and their manuals fill the scale. I tried contacting you find the Dr^a Ryan, but I could not ... Will could help me?

I await response.

Thanks, Ana Filomena Freitas

W Curt LaFrance Jr <william_lafrance_jr@brown.edu>

11 de Janeiro de 2013 às 15:13

Para Ana Filomena Freitas <ana.filomena.freitas@gmail.com>, "Mansfield Marcaccio, Abigail K" <amansfieldmarcaccio@lifespan.org>

Hi Ana,
Dr. Mansfield-Marcaccio can help (cc'd) with your request.
WCL

--
W Curt LaFrance Jr MD, MPH
Assistant Professor of Psychiatry and Neurology (Research),
Alpert Medical School, Brown University
Director of Neuropsychiatry and Behavioral Neurology,
Rhode Island Hospital
593 Eddy Street, Potter 3
Providence RI 02903-4923

o. [401-444-3534](tel:401-444-3534) f. [401-444-3298](tel:401-444-3298)
William_LaFrance_Jr@Brown.edu

[Citação ocultada]

Mansfield Marcaccio, Abigail K
<amansfieldmarcaccio@lifespan.org>
Para ana.filomena.freitas@gmail.com

11 de Janeiro de 2013 às
15:22

Hello Ana.

I am sending along the Portuguese version of the FAD. We ask that you not publish the FAD on the web, and that you send along the results or write up from your study when it is complete.

Warm Regards,

Abigail K. Mansfield Marcaccio, PhD
Psychologist, Mood Disorders and Family Research Group
Rhode Island Hospital Department of Psychiatry

From: W Curt LaFrance Jr [mailto:william_lafrance_jr@brown.edu]
Sent: Friday, January 11, 2013 10:13 AM
To: Ana Filomena Freitas; Mansfield Marcaccio, Abigail K
Subject: Re: Scale FAD

 Portuguese FAD2.pdf
34K

ANEXO III : ESCALA FAD

1. É-nos difícil planear actividades familiares, porque não nos entendemos uns aos outros.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
2. Resolvemos a major parte dos problems diários em familia.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
3. Quando aigum está zangado os outros sabem por que é.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
4. Quando se pede a alguém para fazer alguma coisa, costuma-se verificar se a fizeram.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
5. Se alguém tiver complicações, os outros também se costumam involver muito.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
6. Em situação de crise podemos pedir ajuda aos outros.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
7. Ficamos sem saber o que fazer em situação de emergência.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
8. Às vezes acabam-se as coisas de que precisamos.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
9. Somos reservados em mostrar a nossa estima por cada um.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
10. Procuramos saber se cada um cumpre as suas responsabilidades na familia.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
11. Não podemos falar com os outros àcerca das tristezas que sentimos.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
12. Normalments nós pomos em acção as nossas decisões a respeito dos problemas.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
13. Só consegue a atenção dos outros se existe alguma coisa de importante para eles.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

14. Não se pode compreender o que a pessoa sente só por aquilo que ela diz.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
15. As tarefas da família não são justamente distribuídas.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
16. As pessoas são aceites por aquilo que elas são.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
17. Pode-se facilmente escapar mesmo que não se cumpra as obrigações.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
18. As pessoas dizem as verdades cara-a cara em vez de as darem a perceber aos poucos.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
19. Alguns de nós não respondemos com emoção.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
20. Sabemos o que fazer em caso de emergência.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
21. Evitamos discutir os nossos medos e preocupações.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
22. É difícil falar com os outros acerca de sentimentos de tenura.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
23. Temos dificuldades em pagar as nossas dívidas.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____
24. Depois de a nossa família tentar resolver um problema, normalmente avaliamos se foi bem resolvido ou não.
_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

ESQUEMA DE AVALIAÇÃO FAMILIAR
Programs de Pesquisa da Brown

ID _____

Página 3

25. Nós somos muito egoistas.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

26. Podemos exprimir sentimentos uns aos outros.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

27. Não temos expectativa definida quanto do uso do quarto de banho.
(quanto usado por crianças).

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

28. Não mostramos a afeição que temos uns pelos outros.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

29. Na família falamos directamente uns com os outros em vez de usar intermediários
para nos expressarmos.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

30. Cada um de nós tem deveres e responsabilidades próprias.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

31. Existem muitos sentimentos maus na família.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

32. Temos normas quanto a bater nas pessoas.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

33. Ligamos uns aos outros só quando nos interessa.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

34. Existe pouco tempo para explorar os interesses pessoais.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

35. Muitas vezes não dizemos o que pensamos.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

36. Somos aceites por aquilo que somos.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

37. Mostramos interesse pelos outros quando, pessoalmente, podemos beneficiar deles.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

38. Resolvemos a maior parte dos problemas emocionais que aparecem.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

39. O carinho fica em segundo lugar na família.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

40. Discutimos sobre quem deve fazer as tarefas da casa.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

41. Tomar decisões é um problema para a nossa família.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

42. A nossa família mostra interesse uns pelos outros só quando daí tirar proveito.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

43. Somos francos uns para com os outros.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

44. Não nos prendemos a regras ou padrões.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

45. Se se pede a alguns para fazerem alguma coisa eles precisam ser avisados mais do que uma vez para a fazer.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

46. Somos capazes de tomar decisões para resolver problemas.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

47. Se não se cumpre as regras, não sabemos o que pode vir a acontecer.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

48. Tendo pode acontecer na nossa família.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

ESQUEMA DE AVALIAÇÃO FAMILIAR
Programas de Pesquisa da Brown

ID _____

Página 5

49. Mostramos carinho.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

50. Encaramos problemas que envolvem sentimentos.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

51. Não nos entendemos bem uns com os outros.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

52. Não falamos uns com os outros quando estamos zangados.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

53. Geralmente não estamos satisfeitos com as obrigações que temos na família.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

54. Embora com boa intenção, intrometemo nos muito na vida dos outros.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

55. Existem regras àcerca de situações perigosas.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

56. Confiamos uns nos outros.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

57. Não temos receio de chorar.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

58. Não temos facilidade de transporte.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

59. Quando não gostamos de que alguém fez, dizemos isso a ele.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

60. Tentamos pensar de várias maneiras para resolver os problemas.

_____ CA _____ C _____ D _____ DA _____

FAD Scoring

McMaster Model Dimensions

Response	Trans- formed Score	Problem Solving	Com- muni- cation	Roles	Affective Respon- siveness	Affective Involve- ment	Behavior Control	General Function- ing
1. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
2. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
3. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
4. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
5. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
6. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
7. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
8. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
9. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
10. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
11. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
12. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
13. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
14. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
15. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
16. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
17. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
18. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
19. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
20. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
21. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
22. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
23. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
24. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
25. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
26. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
27. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
28. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
29. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
30. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
31. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
32. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
33. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
34. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
35. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
36. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
37. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
38. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
39. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
40. _____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
41. 5 - ___ = ___	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

A INFLUÊNCIA DOS LAÇOS FAMILIARES NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
UM ESTUDO NUMA INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO

Response	Trans- formed Score	Problem Solving	Com- muni- cation	Roles	Affective Respon- siveness	Affective Involve- ment	Behavior Control	General Function- ing
42.	5 - ____ = ____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
43.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
44.	5 - ____ = ____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
45.	5 - ____ = ____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
46.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
47.	5 - ____ = ____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
48.	5 - ____ = ____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
49.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
50.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
51.	5 - ____ = ____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
52.	5 - ____ = ____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
53.	5 - ____ = ____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
54.	5 - ____ = ____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
55.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
56.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
57.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
58.	5 - ____ = ____	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
59.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
60.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Sum of Responses		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Number of Questions Answered		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Scale Score		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Dimension	Cut-off Score*	Nonclinical (N = 627)		Psychiatric (N = 1138)		Medical (N = 298)	
		\bar{x}	sd	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd
Problem Solving	2.20	1.91	.40	2.32	.53	1.95	.45
Communication	2.20	2.09	.40	2.37	.44	2.13	.43
Roles	2.30	2.16	.34	2.37	.40	2.22	.39
Affective							
Responsiveness	2.20	2.08	.53	2.36	.57	2.08	.53
Affective							
Involvement	2.10	2.00	.50	2.32	.55	2.02	.47
Behavior Control	1.90	1.94	.44	2.14	.49	1.84	.42
General							
Functioning	2.00	1.84	.43	2.27	.51	1.89	.45

*Greater than or equal to cut-off score = unhealthy functioning in that dimension; less than cut-off score = healthy functioning in that dimension.

**ANEXO IV : AUTORIZAÇÃO DA APLICAÇÃO DA ESCALA
WHOQOL-BREF**



Ana Filomena Freitas <ana.filomena.freitas@gmail.com>

Escala WHOQOL-Bref

1 mensagem

Ana Filomena Freitas <ana.filomena.freitas@gmail.com>

29 de Janeiro de 2013 às
21:44

Para mccanavarro@fpce.uc.pt


Boa Tarde, Professora Doutora Maria Cristina Sousa Canavarro

Eu, Ana Filomena Freitas, estou inscrita no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, e encontrei-me a desenvolver a minha tese de mestrado na área do envelhecimento e a importância dos laços familiares nesta fase do ciclo vital. Pretendia aplicar no meu trabalho a escala WHOQOL-bref, durante a pesquisa bibliográfica, encontrei referências bibliográficas que me indicaram que a professora era a responsável pela tradução e validação desta escala, para a população portuguesa.

Venho por este meio, pedi-lhe para me facultar a escala e os respectivos manuais de preenchimento da escala, assim como a autorização para aplicar a escala no meu estudo.

Tal como combinado envio em anexo o formulário que me indicou.

Obrigado, Ana Filomena Freitas

 **FormularioWHOQOL_preenchido.docx**
17K



Ana Filomena Freitas <ana.filomena.freitas@gmail.com>

Re: Instrumento de Avaliação WHOQOL-Bref

1 mensagem

Cláudia Melo <claudiasmelosilva@gmail.com>

30 de Janeiro de 2013 às 14:43

Para ana.filomena.freitas@gmail.com

Cara Dra. Filomena Freitas,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Na nossa página <http://gaius.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm> poderá encontrar indicação de bibliografia sobre a versão portuguesa do WHOQOL-Bref.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>.

Com os melhores cumprimentos,
Cláudia Melo.

 **WHOQOL-BREF.zip**
207K

ANEXO V : ESCALA WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

A INFLUÊNCIA DOS LAÇOS FAMILIARES NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
UM ESTUDO NUMA INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos **A2 Data de Nascimento** ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
1º-4º anos	<input type="checkbox"/>
5º-6º anos	<input type="checkbox"/>
7º-9º anos	<input type="checkbox"/>
10º-12º anos	<input type="checkbox"/>
Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>

A5 Profissão

A6.1 Freguesia
A6.2 Concelho
A6.3 Distrito

A7 Estado Civil

Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>
Separado(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

- 1. Auto-administrado
- 2. Assistido pelo entrevistador
- 3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

A INFLUÊNCIA DOS LAÇOS FAMILIARES NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
UM ESTUDO NUMA INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

WHOQOL-BREF 3

A INFLUÊNCIA DOS LAÇOS FAMILIARES NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
UM ESTUDO NUMA INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e desloca por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO VI : CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO: “A influência dos laços familiares na qualidade de vida dos idosos: um estudo numa instituição de acolhimento”

Dada a atualidade da temática, o envelhecimento, e a importância que a família tem na promoção de um envelhecimento ativo, pretendo como o desenvolvimento deste estudo aprofundar o conhecimento sobre a influência da família na qualidade de vida do idoso de uma instituição de acolhimento, com a finalidade de favorecer uma melhor prestação de cuidados de enfermagem aos idosos, nomeadamente em contexto comunitário.

Este projeto de investigação decorre no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, a investigadora é a Enfermeira Ana Filomena Silva de Freitas orientado pela Professora Doutora Manuela Teixeira. Os dados colhidos destinam-se unicamente ao estudo, serão assegurados a confidencialidade dos dados. Se decidir não tomar parte no estudo, não terá qualquer prejuízo. Durante a aplicação do questionário a investigadora estará presente para auxílio do preenchimento das escalas a aplicar.

A sua participação é muito importante neste estudo, agradeço a disponibilidade. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. Os resultados da investigação podem ser solicitados a ana.filomena.freitas@gmail.com

Eu, _____ declaro que tomei conhecimento e compreendi a explicação que me foi fornecida sobre a minha participação na investigação, nomeadamente os objetivos do estudo e a confidencialidade dos dados por mim fornecidos que será assegurada.

Por isso, aceito responder livremente e espontaneamente às questões que me forem colocadas.

Porto, __ de _____ de 2013

Assinatura do participante no estudo:

Assinatura da Investigadora:

Esta página deste documento é duplicada: uma via para o processo, outra via para entrega à pessoa que consente

**ANEXO VII : CODIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DAS DIMENSÕES
DA ESCALA FAD**

1 - Distribuição dos idosos de acordo o resultado final e classificações da escala FAD, nas dimensões Resolução de Problemas e Papéis

Dimensão	Resolução de Problemas		Comunicação		Papéis	
	Resultado Final	Classificação	Resultado Final	Classificação	Resultado Final	Classificação
1	2,33	Não Saudável	2,25	Não Saudável	2,00	Saudável
2	2,60	Não Saudável	2,88	Não Saudável	2,33	Não Saudável
3	2,80	Não Saudável	2,63	Não Saudável	2,64	Não Saudável
4	1,80	Saudável	2,11	Saudável	2,45	Não Saudável
5	2,17	Saudável	1,78	Saudável	2,00	Saudável
6	2,00	Saudável	2,38	Não Saudável	2,09	Saudável
7	2,33	Não Saudável	1,89	Saudável	2,36	Não Saudável
8	2,17	Saudável	2,33	Não Saudável	2,00	Saudável
9	2,50	Não Saudável	2,25	Não Saudável	2,18	Saudável
10	2,33	Não Saudável	1,67	Saudável	2,00	Saudável
11	2,50	Não Saudável	2,44	Não Saudável	2,18	Saudável
12	2,33	Não Saudável	2,11	Saudável	2,27	Saudável
13	2,33	Não Saudável	2,00	Saudável	2,27	Saudável
14	2,50	Não Saudável	2,33	Não Saudável	2,36	Não Saudável
15	2,17	Saudável	1,89	Saudável	2,36	Não Saudável
16	2,17	Saudável	1,89	Saudável	2,09	Saudável
17	2,67	Não Saudável	2,13	Saudável	2,27	Saudável
18	2,67	Não Saudável	2,75	Não Saudável	2,40	Não Saudável
19	2,33	Não Saudável	2,89	Não Saudável	2,40	Não Saudável
20	2,17	Saudável	1,78	Saudável	1,91	Saudável
21	2,33	Não Saudável	2,56	Não Saudável	2,36	Não Saudável
22	2,17	Saudável	2,11	Saudável	1,82	Saudável
23	2,33	Não Saudável	2,00	Saudável	1,89	Saudável
24	2,33	Não Saudável	2,11	Saudável	2,09	Saudável
25	2,33	Não Saudável	2,44	Não Saudável	2,18	Saudável
26	2,50	Não Saudável	2,00	Saudável	2,18	Saudável
27	2,17	Saudável	1,67	Saudável	2,00	Saudável
28	2,33	Não Saudável	2,56	Não Saudável	2,09	Saudável
29	2,33	Não Saudável	2,00	Saudável	2,18	Saudável
30	2,33	Não Saudável	2,22	Não Saudável	2,36	Não Saudável
31	2,50	Não Saudável	1,89	Saudável	1,90	Saudável
32	2,33	Não Saudável	2,00	Saudável	2,18	Saudável
33	2,33	Não Saudável	1,78	Saudável	2,00	Saudável
34	2,00	Saudável	2,33	Não Saudável	2,27	Saudável
35	2,00	Saudável	2,00	Saudável	1,91	Saudável
36	2,00	Saudável	1,89	Saudável	2,18	Saudável
37	2,50	Não Saudável	2,67	Não Saudável	2,45	Não Saudável
38	2,00	Saudável	1,89	Saudável	2,00	Saudável
39	2,17	Saudável	1,56	Saudável	2,09	Saudável

2 - Distribuição dos idosos de acordo o resultado final e classificações da escala FAD, nas dimensões Responsabilidade afetiva e Envolvimento Afetivo

Dimensão	Responsabilidade afetiva		Envolvimento Afetivo	
	Resultado Final	Classificação	Resultado Final	Classificação
1	2,33	Não Saudável	2,17	Não Saudável
2	2,17	Saudável	2,42	Não Saudável
3	2,67	Não Saudável	2,75	Não Saudável
4	2,33	Não Saudável	2,33	Não Saudável
5	2,00	Saudável	1,92	Saudável
6	2,20	Não Saudável	2,25	Não Saudável
7	2,00	Saudável	1,75	Saudável
8	2,00	Saudável	2,17	Não Saudável
9	2,33	Não Saudável	2,17	Não Saudável
10	1,83	Saudável	1,58	Saudável
11	2,17	Saudável	2,33	Não Saudável
12	2,33	Não Saudável	1,83	Saudável
13	1,67	Saudável	1,75	Saudável
14	2,33	Não Saudável	2,42	Não Saudável
15	1,67	Saudável	1,83	Saudável
16	1,83	Saudável	1,58	Saudável
17	2,67	Não Saudável	2,17	Não Saudável
18	3,00	Não Saudável	2,75	Não Saudável
19	2,67	Não Saudável	2,50	Não Saudável
20	1,83	Saudável	1,83	Saudável
21	2,17	Saudável	2,17	Não Saudável
22	2,00	Saudável	1,75	Saudável
23	2,00	Saudável	1,58	Saudável
24	1,50	Saudável	1,67	Saudável
25	2,17	Saudável	1,92	Saudável
26	2,33	Não Saudável	2,17	Não Saudável
27	2,17	Saudável	2,17	Não Saudável
28	2,50	Não Saudável	2,17	Não Saudável
29	2,00	Saudável	1,75	Saudável
30	2,17	Saudável	2,00	Não Saudável
31	2,33	Não Saudável	1,75	Saudável
32	2,17	Saudável	1,92	Saudável
33	1,67	Saudável	1,83	Saudável
34	2,33	Não Saudável	2,42	Não Saudável
35	1,83	Saudável	1,75	Saudável
36	1,67	Saudável	1,42	Saudável
37	3,00	Não Saudável	2,83	Não Saudável
38	1,83	Saudável	1,83	Saudável
39	1,83	Saudável	1,83	Saudável

3- Distribuição dos idosos de acordo o resultado final e classificações da escala FAD, nas dimensões Controlo de Comportamento e Funcionalidade Geral

Dimensão	Controlo de Comportamento		Funcionalidade Geral	
	Resultado Final	Classificação	Resultado Final	Classificação
1	2,17	Não Saudável	2,00	Não Saudável
2	2,67	Não Saudável	2,42	Não Saudável
3	2,14	Não Saudável	2,75	Não Saudável
4	2,50	Não Saudável	2,33	Não Saudável
5	2,33	Não Saudável	1,92	Saudável
6	2,38	Não Saudável	2,25	Não Saudável
7	2,44	Não Saudável	1,75	Saudável
8	2,38	Não Saudável	2,08	Não Saudável
9	2,25	Não Saudável	2,17	Não Saudável
10	2,25	Não Saudável	1,58	Saudável
11	2,44	Não Saudável	2,33	Não Saudável
12	2,44	Não Saudável	1,83	Saudável
13	2,22	Não Saudável	1,75	Saudável
14	2,56	Não Saudável	2,42	Não Saudável
15	2,22	Não Saudável	1,83	Saudável
16	2,33	Não Saudável	1,58	Saudável
17	2,33	Não Saudável	2,17	Não Saudável
18	2,43	Não Saudável	2,75	Não Saudável
19	2,38	Não Saudável	2,50	Não Saudável
20	2,44	Não Saudável	1,83	Saudável
21	2,33	Não Saudável	2,08	Não Saudável
22	2,44	Não Saudável	1,75	Saudável
23	2,25	Não Saudável	1,58	Saudável
24	2,33	Não Saudável	1,67	Saudável
25	2,44	Não Saudável	1,92	Saudável
26	2,56	Não Saudável	2,17	Não Saudável
27	2,38	Não Saudável	2,17	Não Saudável
28	2,44	Não Saudável	2,08	Não Saudável
29	2,44	Não Saudável	1,75	Saudável
30	2,25	Não Saudável	2,00	Não Saudável
31	2,25	Não Saudável	1,75	Saudável
32	2,56	Não Saudável	1,92	Saudável
33	2,25	Não Saudável	1,83	Saudável
34	2,38	Não Saudável	2,42	Não Saudável
35	2,44	Não Saudável	1,75	Saudável
36	2,33	Não Saudável	1,42	Saudável
37	2,22	Não Saudável	2,83	Não Saudável
38	2,33	Não Saudável	1,83	Saudável
39	2,00	Não Saudável	1,83	Saudável

4 - Distribuição dos idosos e do elemento da família de acordo o resultado final e classificações da escala FAD, na dimensão Resolução de Problemas

Dimensão	Família		Idosos	
	Resultado Final	Classificação	Resultado Final	Classificação
1	1,66	Saudável	2,33	Não Saudável
2	2,00	Saudável	1,80	Saudável
3	2,00	Saudável	2,33	Não Saudável
4	1,50	Saudável	2,50	Não Saudável
5	1,66	Saudável	2,50	Não Saudável
6	2,00	Saudável	2,33	Não Saudável
7	2,00	Saudável	2,17	Saudável
8	1,83	Saudável	2,33	Não Saudável
9	2,16	Saudável	2,50	Não Saudável
10	2,16	Saudável	2,33	Não Saudável
11	1,83	Saudável	2,17	Saudável

5 - Distribuição dos idosos e do elemento da família de acordo o resultado final e classificações da escala FAD, na dimensão Comunicação

Dimensão	Família		Idosos	
	Resultado Final	Classificação	Resultado Final	Classificação
1	1,55	Saudável	2,25	Não Saudável
2	2,11	Saudável	2,11	Saudável
3	1,77	Saudável	1,89	Saudável
4	1,55	Saudável	2,44	Não Saudável
5	1,33	Saudável	2,33	Não Saudável
6	1,66	Saudável	2,89	Não Saudável
7	1,44	Saudável	1,67	Saudável
8	1,66	Saudável	2,22	Não Saudável
9	1,44	Saudável	1,89	Saudável
10	2,22	Não Saudável	1,78	Saudável
11	1,56	Saudável	1,56	Saudável

6 - Distribuição dos idosos e do elemento da família de acordo o resultado final e classificações da escala FAD, na dimensão Papéis

Dimensão	Família		Idosos	
	Papéis		Papéis	
	Resultado Final	Classificação	Resultado Final	Classificação
1	1,81	Saudável	2,00	Saudável
2	2,18	Saudável	2,45	Não Saudável
3	1,90	Saudável	2,36	Não Saudável
4	1,72	Saudável	2,18	Saudável
5	1,90	Saudável	2,36	Não Saudável
6	1,63	Saudável	2,40	Não Saudável
7	2,27	Saudável	2,00	Saudável
8	2,09	Saudável	2,36	Não Saudável
9	2,00	Saudável	2,00	Saudável
10	1,73	Saudável	2,00	Saudável
11	1,63	Saudável	2,09	Saudável

7 - Distribuição dos idosos e do elemento da família de acordo o resultado final e classificações da escala FAD, na dimensão Responsabilidade Afetiva

Dimensão	Família		Idosos	
	Responsabilidade Afetiva		Responsabilidade Afetiva	
	Resultado Final	Classificação	Resultado Final	Classificação
1	1,83	Saudável	2,33	Não Saudável
2	1,83	Saudável	2,33	Não Saudável
3	2,00	Saudável	2,00	Saudável
4	2,33	Não Saudável	2,17	Saudável
5	1,83	Saudável	2,33	Não Saudável
6	1,50	Saudável	2,67	Não Saudável
7	1,83	Saudável	2,17	Saudável
8	1,83	Saudável	2,17	Saudável
9	2,16	Saudável	2,33	Não Saudável
10	1,83	Saudável	1,67	Saudável
11	1,16	Saudável	1,83	Saudável

8 - Distribuição dos idosos e do elemento da família de acordo o resultado final e classificações da escala FAD, na dimensão Envolvimento Afetivo

Dimensão	Família		Idosos	
	Envolvimento Afetivo		Envolvimento Afetivo	
	Resultado Final	Classificação	Resultado Final	Classificação
1	1,57	Saudável	2,00	Saudável
2	2,28	Não Saudável	1,86	Saudável
3	1,70	Saudável	1,57	Saudável
4	1,57	Saudável	2,14	Não Saudável
5	1,85	Saudável	2,14	Não Saudável
6	1,57	Saudável	2,29	Não Saudável
7	1,86	Saudável	1,86	Saudável
8	2,14	Não Saudável	1,57	Saudável
9	1,57	Saudável	1,57	Saudável
10	2,28	Não Saudável	1,57	Saudável
11	1,57	Saudável	1,57	Saudável

9- Distribuição dos idosos e do elemento da família de acordo o resultado final e classificações da escala FAD, na dimensão Controle de Comportamento

Dimensão	Família		Idosos	
	Controle de Comportamento		Controle de Comportamento	
	Resultado Final	Classificação	Resultado Final	Classificação
1	2,22	Não Saudável	2,17	Não Saudável
2	2,11	Não Saudável	2,50	Não Saudável
3	2,22	Não Saudável	2,44	Não Saudável
4	2,44	Não Saudável	2,44	Não Saudável
5	2,22	Não Saudável	2,56	Não Saudável
6	2,22	Não Saudável	2,38	Não Saudável
7	2,38	Não Saudável	2,38	Não Saudável
8	2,25	Não Saudável	2,25	Não Saudável
9	2,22	Não Saudável	2,25	Não Saudável
10	2,33	Não Saudável	2,25	Não Saudável
11	2,33	Não Saudável	2,00	Não Saudável

10 - Distribuição dos idosos e do elemento da família de acordo o resultado final e classificações da escala FAD, na dimensão Funcionalidade Geral

Dimensão	Família		Idosos	
	Funcionamento Geral		Funcionalidade Geral	
	Resultado Final	Classificação	Resultado Final	Classificação
1	1,58	Saudável	2,00	Não Saudável
2	1,75	Saudável	2,33	Não Saudável
3	1,58	Saudável	1,75	Saudável
4	1,58	Saudável	2,33	Não Saudável
5	1,66	Saudável	2,42	Não Saudável
6	1,50	Saudável	2,50	Não Saudável
7	1,41	Saudável	2,17	Não Saudável
8	1,41	Saudável	2,00	Não Saudável
9	1,83	Saudável	1,75	Saudável
10	2,16	Não Saudável	1,83	Saudável
11	1,66	Saudável	1,83	Saudável