



Ana Teresa Brites Gonçalves

Relatório de Projeto

Bem-estar subjetivo de idosos institucionalizados: da construção da autonomia à construção da autoestima.

Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

Relatório realizado sob a orientação de Doutora Maria Isabel Alves Rodrigues Pereira

Leiria, 2015



O júri

Presidente

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Agradecimentos

Primeiramente um agradecimento muito especial à Professora Isabel Pereira por toda a sua sabedoria e dedicação, pelos momentos de partilha, de apoio e pelas suas preciosas contribuições que tornaram possível a realização deste trabalho.

Aos meus pais e irmã pelo apoio incondicional, incentivo e compreensão prestados ao longo de todo o meu percurso de vida e principalmente por me transmitirem tanta coragem e determinação no decorrer do mestrado.

Ao meu noivo pela paciência, compreensão, carinho e apoio incondicional durante a execução do trabalho e em todos os momentos de hesitação onde sempre me deu a força e o impulso necessário para continuar.

À minha amiga e confidente Ju e ao meu primo João pela ajuda preciosa e incansável em todos os momentos de dúvidas e por partilharem comigo todo o seu conhecimento e sabedoria.

Por fim, ao Lar Social do Arrabal no geral, incluindo os utentes, colegas de enfermagem, funcionárias e Direção que me apoiaram neste estudo, pela sua disponibilidade inextinguível.

resumo

O processo de envelhecimento é caracterizado pela presença de défices motores e cognitivos que prejudicam a autonomia do idoso.

Com o objetivo de perceber em que medida o grau de autonomia do idoso afeta a sua autoestima, delineou-se um estudo descritivo e exploratório, adotando-se uma abordagem mista na recolha e tratamento de dados. Utilizaram-se como instrumentos de avaliação e recolha de dados a Escala de Barthel (EB) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), a entrevista, a análise documental e a observação naturalista.

O estudo, assenta numa amostra de adultos em idade avançada (n=12), com idades compreendidas entre os 56 e os 90 anos, residentes no Lar Social do Arrabal.

Os resultados revelam que no que diz respeito ao nível de autonomia, os níveis grave e moderado são os níveis onde a amostra apresenta os valores mais baixos de autoestima e que os utentes independentes detêm a pontuação mais elevada na EAR o que leva a concluir que, nesta amostra, quanto maior o nível de dependência da pessoa, mais baixa é a sua autoestima.

Por fim, tendo em conta os resultados, construiu-se um artefacto de suporte ao cuidador, para intervenção com os idosos. Considerou-se essencial a intervenção psicológica, com o objetivo de promover a estimulação cognitiva, dotando os idosos de estratégias de *coping* para lidar com a diminuição da sua autonomia e com as alterações do seu corpo inerentes à idade, promovendo a adaptação ao contexto institucional, e neste sentido aumentando a interação grupal. A estimulação da mobilidade física é também um ponto de intervenção, para que o idoso desenvolva capacidades que diminuam ou retardem o seu nível de dependência.

palavras-chave Envelhecimento, autoestima, autonomia, bem-estar subjetivo

abstract

The ageing process is characterized by the presence of motor and cognitive deficits that impair the elders' autonomy.

In order to assess the impact of elderly autonomy in their self-esteem, a descriptive and exploratory study was conducted, with a mixed approach to data acquisition and processing. The data collection methods relied on interviews, documentation analysis, and naturalistic observations. Barthel's Scale (BS) and Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES) were used as grading metrics.

The study is focused on a sample of elders (n=12) with ages ranging from 56 to 90 years old, resident on Lar Social do Arrabal.

The results indicate that, with respect to the autonomy degrees, severe and moderate levels on the Barthel's Scale are related to the lowest scores on Rosenberg's Self-Esteem Scale. The most independent residents revealed high RSES scores, thus, in this sample, it is possible to conclude that a direct inverse relationship exists between the BS scores and RSES scores.

Finally, taking into account the results, supporting materials were produced to aid caretakers in elderly support. Psychological intervention is considered essential to promote cognitive stimulation, endowing elders with strategies for coping with autonomy reductions and body changes inherent to the ageing process, promoting the adaptation to their institutional context, therefore increasing group interaction. Physical activity stimulation is another intervention aspect that must be considered so that elders develop capabilities that lessen or delay their degree of dependency.

keywords

Ageing, Self-Esteem, Autonomy, Subjective Well-being

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades Vida Diária

BES – Bem-Estar Subjetivo

EAR – Escala de Autoestima de Rosenberg

EB – Escala de Barthel

INE – Instituto Nacional de Estatística

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1. DO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO AO ENVELHECIMENTO ATIVO	5
1.1. ENVELHECIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS.....	9
1.2. DECLÍNIO FUNCIONAL COGNITIVO NO IDOSO.....	12
2. AUTONOMIA/ (IN)DEPENDÊNCIA NO IDOSO	18
3. AUTOESTIMA E BEM-ESTAR SUBJETIVO	20
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	25
1. CONTEXTO E PROBLEMATIZAÇÃO	26
2. METODOLOGIA DE ESTUDO	27
2.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	28
2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
2.3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	29
2.4. CARACTERIZAÇÃO DO LAR SOCIAL DO ARRABAL.....	30
2.5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	31
2.5.1. Escala de Barthel	31
2.5.2. Escala de autoestima Rosenberg	33
2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	34
2.7. PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	34
3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	35
3.2. ESCALA DE BARTHEL.....	35
3.3. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.....	37
4. BOAS PRÁTICAS DE SUPORTE AO CUIDADOR	43
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	58
ANEXO I – Brochura de boas práticas de suporte ao cuidador	
ANEXO II – Escala de Barthel	
ANEXO III – Escala de Autoestima de Rosenberg	
ANEXO IV – Termo de consentimento livre e esclarecido	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da população segundo o sexo	29
Tabela 2 – Caracterização da população segundo a idade	29
Tabela 3 – Caracterização da população segundo o estado civil	30
Tabela 4 – Caracterização da amostra segundo a idade	35
Tabela 5 – Caracterização da amostra segundo o sexo	35
Tabela 6 – Item 1 da Escala de Autoestima de Rosenberg	37
Tabela 7 – Item 2 da Escala de Autoestima de Rosenberg	38
Tabela 8 – Item 3 da Escala de Autoestima de Rosenberg	38
Tabela 9 – Item 4 da Escala de Autoestima de Rosenberg.....	38
Tabela 10 – Item 5 da Escala de Autoestima de Rosenberg	38
Tabela 11 – Item 6 da Escala de Autoestima de Rosenberg.....	39
Tabela 12 – Item 7 da Escala de Autoestima de Rosenberg	39
Tabela 13 – Item 8 da Escala de Autoestima de Rosenberg	39
Tabela 14 – Item 9 da Escala de Autoestima de Rosenberg	40
Tabela 15 – Item 10 da Escala de Autoestima de Rosenberg	40
Tabela 16 – Escala de Autoestima de Rosenberg	40
Tabela 17 – Nível de dependência e autonomia da amostra	41
Tabela 18 – Sexo e a autoestima da amostra	41



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Variáveis envolvidas na determinação do bem-estar subjetivo na velhice	22
---	----



ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Alterações nas aptidões com o decorrer do envelhecimento	17
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Classificação do grau de dependência da população nos diferentes itens da Escala de Barthel	36
Gráfico 2- – Classificação do nível de dependência da população.....	37
Gráfico 3 – Valor médio da Escala de Autoestima de Rosenberg relativamente à variável idade.....	42

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida, que tem levado ao aumento significativo de pessoas idosas na população, tem sido o principal motivo de inúmeros estudos em torno do envelhecimento. Em Portugal, a evolução demográfica caracteriza-se por um gradual aumento do peso dos grupos etários seniores e uma redução do peso da população jovem. Como consequência do envelhecimento populacional, o número de pessoas idosas dependentes, por vezes institucionalizadas, tem aumentado, assim como perturbações de natureza depressiva neste grupo etário (Neto & Corte-Real, s/d).

O envelhecimento é frequentemente visto como um estado, tendencialmente classificado como “terceira idade” ou ainda “quarta idade”. Contudo este não é apenas um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial, tornando-se, desta forma, muito difícil datar o seu começo, pois de acordo com o nível no qual este se situa (biológico, psicológico ou social), a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo.

Envelhecer é, desta forma, um facto inevitável e irreversível, uma vez que se envelhece dia após dia sem outra alternativa. Assim, preparar uma velhice serena e saudável em todos os pontos de vista deve ser uma preocupação dos indivíduos e da sociedade uma vez que o envelhecimento é acompanhado por perdas que contribuem para a redução da satisfação com o próprio corpo (Gripo & Hill, 2008), facto que pode estar relacionado com as perdas físicas, funcionais e sociais (Schieman & Campbell, 2001).

Apesar de as instituições de longa permanência prestarem serviços médicos, de enfermagem, psicológicos, sociais, farmacêuticos, de alimentação, e proporcionarem apoio jurídico, administrativo e atividades de reabilitação física (Espítia & Martins, 2006), por vezes, propiciam o isolamento social das pessoas idosas, tornando-se um fator de risco para o seu bem-estar psicológico e satisfação com a vida.

Rodrigues (2012) refere que o aumento da longevidade requer dos profissionais de saúde uma maior atenção e capacidade para equacionar a problemática que o processo de envelhecimento acarreta para o indivíduo idoso, sociedade e instituições de saúde. Torna-se cada vez mais necessário estar atento à problemática da qualidade de vida, bem como aos aspetos da independência e autonomia para a realização das atividades de vida diária.

Vários têm sido os estudos desenvolvidos ao longo dos anos acerca do envelhecimento da população e a melhor forma de envelhecer. Caracterizar o bem-estar e a autoestima relacionados com a independência do idoso, torna-se preponderante para perceber de que forma o envelhecimento é influenciado por estes fatores. Sabemos que não basta viver mais, mas sobretudo saber viver bem, viver melhor. Por tudo isto, de acordo com a temática, o problema de investigação do presente estudo refere-se à relação entre a autoestima e o nível de autonomia/independência do idoso institucionalizado no Lar Social do Arrabal.

No que diz respeito aos objetivos do estudo salientam-se:

- (i) Avaliar a autoestima de pessoas idosas institucionalizadas;
- (ii) Avaliar a autonomia e o nível de independência de pessoas idosas institucionalizadas;
- (iii) Analisar a relação entre a autoestima e o nível de autonomia de pessoas idosas;

Face aos resultados obtidos, a análise das necessidades dos utentes conduziu à construção de uma brochura de suporte ao cuidador, com os seguintes objetivos:

- (iv) Fomentar um envelhecimento positivo e bem-estar individual;
- (v) Estimular as capacidades cognitivas;
- (vi) Estimular a mobilidade física;
- (vii) Fortalecer as relações interpessoais

Segundo Monteiro (2009) um trabalho de projeto é um método de trabalho que se centra na investigação, análise e resolução de problemas. O termo “projeto” vem do latim pró + jectare e significa “lançar para a frente, atirar”. Projetar significa investigar um tema, um problema, uma situação com o objetivo de a conhecer e, se possível, apresentar interpretações e/ou soluções novas.

Este Trabalho de Projeto é constituído por uma breve introdução; capítulo I, com revisão da literatura, na qual constam os temas: do envelhecimento demográfico ao envelhecimento ativo, envelhecimento e institucionalização de pessoas idosas, declínio funcional cognitivo no idoso, autonomia/(in)dependência no idoso, autoestima e bem-estar subjetivo; capítulo II, denominado “estudo empírico” aborda o contexto e problematização do tema em estudo, a metodologia de projeto e os objetivos que pretendemos atingir com o decorrer do trabalho, as questões de investigação, a população e amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos e considerações éticas, o tratamento estatístico e a análise e discussão dos resultados; por fim a conclusão, referências bibliográficas e anexos.

Relativamente à componente metodológica do trabalho, trata-se de um estudo descritivo e exploratório, tendo sido adotada uma abordagem mista (quantitativa + qualitativa) na recolha de dados. Para tal, iremos basear-nos na aplicação de duas escalas – Escala de Barthel e Escala de Autoestima de Rosenberg. (ANEXOS II e III). A população do nosso estudo são os utentes do Lar Social do Arrabal, sendo que a amostra será não probabilística por conveniência.



CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. DO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO AO ENVELHECIMENTO ATIVO

A velhice é uma fase que tem vindo a ter uma duração cada vez maior no ciclo de vida, pelo que esta se tem tornado cada vez mais longa. A população idosa portuguesa, seguindo a tendência mundial, tem vindo a aumentar. O índice de envelhecimento ultrapassou pela primeira vez os 100 idosos por cada 100 jovens em 1999 (INE, 2002), ascendendo a 102 idosos por cada 100 jovens em 2001, passando para 110 em 2005 e para 128,6 à data dos Censos 2011. Em 1960, o índice de longevidade (relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos) da população portuguesa era de 33,6%. Este índice foi aumentando significativamente e, em 2011, era de 47,9% (PORDATA¹).

O fenómeno do envelhecimento tornou-se numa realidade irrefutável mantendo-se uma tendência crescente no peso da população idosa. Sequeira (2010) citado por Pereira (2012) refere que devido ao aumento significativo da população idosa, os estudos em torno do envelhecimento têm sido cada vez mais frequentes e o conceito de envelhecimento tem sido alvo de alterações, tendo em conta diversas variáveis socioculturais como as atitudes, as crenças, a cultura, os conhecimentos e as relações a cada época.

Numa perspetiva multidimensional do desenvolvimento, o envelhecimento ocorre numa dimensão biológica, psicológica e social (Pereira, 2012). No que diz respeito ao envelhecimento biológico, várias são as manifestações que se verificam, tanto interna como externamente. Internamente ocorre uma diminuição da capacidade funcional, como a diminuição da libido e da atividade sexual, a falta de motivação para planear o futuro, as atitudes infantis para mendigar afetos, os novos medos (eg.: sobrecarga de

¹ *Indicadores de envelhecimento segundo os Censos. Acedido em <http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>*

familiares, solidão, morte) e a tendência à depressão, à hipocondria ou somatização. Estas, por sua vez, influenciam a dimensão psicológica, traduzindo-se em mudanças de pensamento, emoções, atitudes e comportamentos, constatando-se a diminuição da autoestima. (Oliveira, 2010 citado por Pereira, 2012).

No que diz respeito às manifestações externas, estas verificam-se através de uma perda progressiva da elasticidade de pele, da diminuição da mobilidade das articulações, da aparição de cabelos brancos, problemas cardíacos, diminuição da acuidade sensorial, nomeadamente a capacidade visual, auditiva e gustativa, a lentificação dos reflexos e as alterações de memória (Sequeira, 2010).

O envelhecimento é frequentemente visto como um estado, tendencialmente classificado como “terceira idade” ou ainda “quarta idade”. Contudo este não é apenas um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial, tornando-se, desta forma, muito difícil datar o seu começo, uma vez que, de acordo com o nível no qual este se situa (biológico, psicológico ou social), a sua velocidade e gravidade variam de individuo para individuo. Assim é possível afirmar que há diversas formas de envelhecer e, a este respeito, podemos falar de idade biológica, de idade social e de idade psicológica², que poderão ser diferentes da idade cronológica (Cancela, 2007).

Segundo Fehine e Tompieri (2012), o ser humano sempre se preocupou com o envelhecimento, encarando-o de formas diferentes, assumindo este uma dimensão heterogénea. É caracterizado por muitos como uma diminuição geral das capacidades da vida diária; por sua vez, outros consideram-no como um período de crescente vulnerabilidade e de cada vez maior dependência no seio familiar. Outros, ainda, veneram a velhice como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade. Para os autores supra citados, cada uma destas atitudes corresponde a uma verdade parcial, mas nenhuma representa a verdade total.

² Idade biológica está relacionada com o envelhecimento dos órgãos, que sofrem modificações diminuindo o seu funcionamento ao longo da vida; a capacidade de autorregulação torna-se também menos eficaz. Idade social refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa relativamente a outros membros da sociedade, sendo esta idade fortemente determinada pela cultura e história de um país. Idade psicológica está relacionada com as competências comportamentais que o individuo pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente; inclui a inteligência, memória e motivação. (Cancela, 2007)

“No plano individual, uma maior longevidade traz mudanças radicais do estado de vida no que respeita, em particular, ao estado de saúde e à participação na vida social”(Cabral, Ferreira, Jerónimo, Marques e Silva, 2013).

De facto, com o envelhecimento surge uma diminuição das capacidades para realizar as atividades de vida diária, e o risco de desenvolver doenças aumenta consideravelmente com a idade, o que conduz a problemas acrescidos de autonomia e a uma maior dependência no seio familiar. No entanto, Rodrigues (2012) salienta que sendo o envelhecimento um processo progressivo, irreversível e incontável de declínio das funções fisiológicas, não implica que conduza impreterivelmente à incapacidade do indivíduo.

De acordo com Brandtstadter, Rothermund e Shmitz, (1997) citado por Fonseca (2005: 283), “apesar de haver uma margem bastante larga de variabilidade individual, os processos de envelhecimento estão geralmente associados a expectativas de um balanço cada vez mais desfavorável entre ganhos e perdas desenvolvimentais.” De facto, acontecimentos incontáveis e irreversíveis tendencialmente negativos acumulam-se na fase final da vida, os recursos adaptativos em muitas áreas do funcionamento mental e físico tendem a decair, e com a diminuição das perspetivas de futuro torna-se cada vez mais difícil para a pessoa idosa retirar sentido e encontrar significado na definição de objetivos voltados para o futuro.

Segundo Margoshes (1995) citado por Fonseca (2005:285), é preponderante uma atitude mental positiva, a exposição do *self* a permanentes desafios, a estimulação cognitiva, a realização emocional e a preservação dos hábitos de vida saudáveis cultivados ao longo da idade adulta, pois são componentes essenciais para se assegurar um envelhecimento bem-sucedido

O mesmo autor cita Baltes e Carstensen (1999) que atribuem aos indivíduos que envelhecem com sucesso uma capacidade que designam por “seletividade socioemocional” a qual lhes permite reformularem as suas vidas e focalizarem a sua atenção naquilo que é importante e significativo para eles.

O envelhecimento ativo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2005), consiste no processo que permite a otimização das oportunidades de saúde e de participação e segurança das pessoas idosas no seu processo de envelhecimento. Identificam-se fatores determinantes do envelhecimento ativo, nomeadamente: fatores transversais (cultura e género); fatores relacionados com os sistemas de saúde e serviço social (promoção da saúde e prevenção das doenças, serviços curativos, assistência a longo prazo e serviços de saúde mental); fatores comportamentais (tabagismo, atividade física, alimentação saudável, saúde oral, álcool, iatrogenia, medicação e adesão à terapêutica); fatores relacionados a aspetos pessoais (biologia, genética e fatores psicológicos); fatores relacionados com o ambiente físico (moradia segura, quedas, ar puro, água limpa e alimentos seguros); fatores relacionados com o ambiente social (apoio social, violência e maus-tratos contra a pessoa idosa, educação e alfabetização) e fatores económicos (renda, proteção social e trabalho).

Ribeiro & Paúl (2011) referem que um envelhecimento “bem-sucedido”, “satisfatório” ou “ativo” não depende exclusivamente de fatores como a sorte ou o património genético. Depende de cada um de nós, das ações e responsabilidades individuais. Assim, a qualidade de vida na velhice, como em qualquer fase da nossa vida, é influenciada pela forma como interagimos com os outros e pela perceção que temos do nosso papel nas redes relacionais a que pertencemos.

Fonseca (2005) refere que não há uma única forma de envelhecimento ativo e que este conceito incorpora dois aspetos fundamentais. Por um lado, é essencial a capacidade de adaptação às perdas, que são cada vez mais frequentes na velhice, através de uma procura individual de resultados significativos para o próprio. Por outro lado, é também preponderante a adoção de estilos de vida saudáveis, que promovam o bem-estar físico e mental, tanto quanto possível, até aos últimos momentos de existência.

É então necessário encarar o processo de envelhecimento de outra forma e dar importância não só às dimensões biológicas e orgânicas do ser humano, como também à dimensão cognitiva, psicoafetiva e à realização emocional que são preponderantes neste processo. O conceito de envelhecimento ativo pressupõe que a pessoa tenha objetivos

de vida, menor dependência, que tenha uma percepção positiva da vida “envelhecida” e que haja um desenvolvimento de capacidades.

1.1. ENVELHECIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS

O envelhecimento é um processo complexo que envolve mudanças biológicas, psicológicas e sociais, tendo estas início no nascimento e duração ao longo da vida. Estes fatores podem preconizar a velhice, acelerando ou retardando o aparecimento e a instalação de doenças e de sintomas característicos da idade madura. É um processo contínuo, que varia de indivíduo para indivíduo e, segundo a literatura (Lidz, 1983 citado por Fernandes, 2000), este processo pode ser dividido em três fases (sendo que o idoso pode ou não atingi-las todas):

- Idoso (não se denotam grandes alterações de cariz orgânico: as transformações observam-se no modo de vida provocado pela reforma);

- Senescência (dá-se quando o indivíduo experiencia alterações na sua condição física e/ou mental, que o levam a depender de outros).

- Fase da Senilidade (perda da autonomia quase total, o indivíduo torna-se em alguns aspetos dependente e necessita de cuidados completos).

Se a quarta idade traz consigo várias patologias e um decréscimo das competências de adaptação (Baltes & Smith, 1997), por outro lado, verifica-se que o suporte familiar é cada vez mais reduzido, devido ao crescente aumento de mulheres no mercado de trabalho e conseqüente indisponibilidade das famílias, para cuidarem das suas pessoas idosas, optando-se frequentemente pela institucionalização (Neto & Corte-Real, s/d). As autoras referem ainda que embora esta seja frequentemente rejeitada e temida pela maioria das pessoas idosas, existem famílias que por motivos financeiros ou emocionais, não têm capacidade de cuidar dos seus familiares. Assim, apesar de ser considerada negativa, a verdade é que a institucionalização frequentemente pode promover maior sensação de segurança, principalmente se resultar de perdas de autonomia, causadas por patologias físicas, perda de cônjuge, carências de apoio social, isolamento ou vivências habitacionais negativas (Pimentel, 2001).

Esta transição é geralmente acompanhada de tensões familiares, levando a sentimentos de culpa, por parte da família e a sentimentos de abandono por parte do idoso, aumentando assim o seu isolamento e as dificuldades de adaptação à instituição (Jacob, 2007). Estes sentimentos causam no idoso um aumento de ideias pré- concebidas, tais como o facto de se encontrar na instituição apenas para morrer, ficando “à espera que a morte chegue”. Como era de esperar, estas crenças acabam por contribuir para a confirmação mental da crença inicial ligada ao negativismo do envelhecimento. Born e Boechat (2002) concordam que falar de idoso institucionalizado é fazer referência a imagens negativas (relacionadas com a tristeza e o abandono) associadas às entidades que o “abrigam”, os lares.

Existe um conjunto de fatores que pode influenciar negativamente a adaptação do idoso ao lar, designadamente, a pouca privacidade que é dada, a “retirada” da família e do meio onde o idoso vive, o tratamento dos idosos enquanto “números” e não atendendo às características de cada um, o dia-a-dia monótono e rotineiro numa sala de estar, onde frequentemente os idosos passam o dia sem comunicar entre si (Fernandes, 2000). Sabe-se que a grande maioria das instituições não está preparada para proporcionar aos seus residentes, serviços individualizados que respeitem a personalidade, privacidade e modos de vida diversificados. Há uma desvalorização das necessidades do idoso, por se acreditar que estas se limitam a certas prioridades fisiológicas (alimentação, vestuário, moradia, cuidados de saúde e higiene) remetendo ao esquecimento das necessidades de nível social, afetivo e sexual (Pimentel, 2001). A autora justifica o seu pensamento, explicando que ao longo da nossa vida criamos hábitos, adaptamos e transformamos o nosso espaço, possuímos os nossos objetos pessoais e construímos uma rede de relações. A nossa história é portanto construída a partir de todas essas construções simbólicas e, caso haja uma perda total ou parcial delas, para os idosos representa um corte com o seu mundo de relações e com sua história. Deste modo, o idoso tem dificuldade em assumir aspectos da sua vivência, enquanto pessoa plena, isolando-se afetiva e socialmente negando ou desvalorizando as suas capacidades.

Goffman (2001, p. 11) refere-se ao Lar como “instituição total” e define-a como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo,

levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Para autores como Preti (1991), o ambiente institucional de longa permanência tende a proporcionar uma vida isolada, monótona, «invisível», silenciosa e introspectiva, o que se opõe à integração, ao convívio e à participação, inerentes a uma vida dita “normal”. As pessoas que contemporaneamente estão na fase da velhice, e especificamente no caso da população em estudo, viveram, na sua maioria, em épocas em que a maior parte se concentrava predominantemente na área rural, onde a pessoa mais velha tinha uma vida participativa na família, era respeitada e valorizada socialmente, integrando-se noutras gerações e desenvolvendo o seu papel social na comunidade. A ausência desse papel tem efeitos negativos e caracteriza uma desvalorização e exclusão que se amplia nas sociedades modernas (Preti, 1991).

A institucionalização leva a pessoa idosa a assumir outros papéis sociais, definidos e determinados pela própria instituição (Herédia, Cortelletti & Casara, 2004), bem como pelas outras pessoas institucionalizadas com quais passa a conviver. É comum que a maioria das pessoas idosas que vivem nesse contexto permaneça integralmente na instituição, seja por limitações físicas ou mentais, ou simplesmente por não terem quem os leve a sair. Desta forma, acabam por não ter opções de socialização e de lazer, o que faz com que desenvolvam uma forma de «vida mecânica», dependente e inativa, principalmente no que toca à utilização do tempo, que neste caso ocorre de forma ociosa. Santana e Coutinho (2010) defendem que as pessoas idosas não dispõem de atividades que preencham o seu tempo de maneira ativa, satisfatória e saudável, fazendo com que o quotidiano se repita praticamente da mesma forma e que as atividades, no interior e no exterior da instituição, sejam muito limitadas ou praticamente inexistentes. Até mesmo os espaços, os lugares que ocupam nos pátios, salas de estar, refeitórios e varandas são os mesmos dentro das instituições.

Assim conclui-se que o idoso acaba por não se sentir parte integrante do espaço onde vive, o que contraria o sentimento de comunidade. Este facto leva a crer que as instituições de longa permanência não apresentam condições de vida comunitária para os seus residentes uma vez que estes vivem num mundo à parte, onde perdem a sua individualidade, entram aos poucos num processo de isolamento e deixam de “existir”.

Com tudo isto, as possibilidades de elaboração de projetos de vida perdem o sentido, devido ao facto de viverem num mundo sem significado pessoal.

Neste sentido, Moragas (1997, p. 239) acredita numa “morte social”, na decorrência de um processo de institucionalização, já que esta, muitas vezes, restringe os contatos sociais dos residentes com o exterior e rompe os seus laços sociais habituais. Por tudo isto, e no sentido de contrariar esta “morte social”, Fernandes (2000) defende que o idoso deve ser sensibilizado a participar em atividades que promovam a sua atividade física e mental, contrariando a postura absentista e queixosa de forma a potenciar a sua integração saudável no lar.

A institucionalização é uma realidade cada vez mais presente na vida da pessoa idosa e tem havido necessidade, por parte da comunidade científica, de se conhecerem os fatores a ela associados, o seu impacto na vida das pessoas idosas, assim como a necessidade de se fomentar o conhecimento de práticas que promovam o bem-estar destas pessoas (Neto & Corte-Real, s/d). Segundo autores como Eliane Vieira (2003, p.23) as instituições voltadas para o cuidado de pessoas idosas “têm uma função social indiscutível, por vezes vital, na organização e no funcionamento da sociedade”.

Concordamos com Espítia & Martins (2006) quando referem que no contexto contemporâneo de maior número de pessoas idosas e de famílias muito sobrecarregadas com a envolvimento do mercado de trabalho, cada vez mais exigente, à qual se acresce as exigências familiares e os cuidados parentais, e o agravamento de determinadas patologias que geram um certo grau de dependência, resulta em que, cada vez mais, os familiares de pessoas idosas recorram às instituições de longa permanência.

1.2. DECLÍNIO FUNCIONAL COGNITIVO NO IDOSO

Atualmente é objetivo fundamental avaliar frequentemente os diferentes níveis de incapacidade para se planificar de forma adequada os cuidados de saúde, permitindo uma melhor organização dos recursos existentes com o intuito de promover a saúde, identificando antecipadamente as pessoas de risco. Nesse sentido, torna-se preponderante a avaliação da funcionalidade do idoso uma vez que esta se relaciona com a sua autonomia e independência (fundamentais na realização das atividades

quotidianas). Esta funcionalidade resulta, não somente da capacidade física como também das capacidades cognitivas e fatores psicossociais.

Simões (2006) refere que falar em capacidades cognitivas é abordar os processos implicados no conhecimento da realidade, desde a capacidade para sintonizar com os estímulos dela recebidos (a atenção), passando pelo registo e retenção da informação (aprendizagem e memória) até à capacidade de refletir e relacionar ideias e de resolver problemas novos (inteligência).

A cognição reside num conjunto de funções mentais que envolvem a atenção, raciocínio, memória, perceção, imaginação, juízo, pensamento, linguagem e inteligência, utilizados para processar a informação e o conhecimento (Hoeman, 2011). Por sua vez, a capacidade funcional refere-se à autonomia da pessoa para a realização de tarefas que fazem parte do quotidiano e lhe asseguram a possibilidade de viver sozinha em contexto domiciliário. A perda da capacidade funcional decorrente do próprio envelhecimento e do declínio cognitivo, são das principais causas de institucionalização dos idosos (Paúl, 1997). O isolamento social, apontado como uma consequência da perda de capacidades funcionais, leva a pessoa idosa a não participar nem se exprimir nos diversos problemas da vida diária (Miguel *et al*, 2007) e, conseqüentemente, a que demonstre desinteresse, desânimo e apatia.

Rodrigues (2012) afirma que um bom funcionamento cognitivo é fundamental para um envelhecimento com qualidade. Para muitos, envelhecer é sinónimo de declínio cognitivo, no entanto, verifica-se na velhice uma enorme variabilidade a este respeito, manifestando-se em alguns indivíduos através de pequenas mudanças enquanto que, noutros, a degeneração toma proporções de grande escala. Simões (2006) defende que grande parte do potencial cognitivo é preservado na última fase do ciclo da vida e, na generalidade dos casos, a reserva de capacidades é suficiente para se conduzir uma vida normal.

Apesar de não existir uma definição instituída para declínio cognitivo, pode entender-se como uma diminuição no rendimento de diferentes aptidões cognitivas. Algumas destas declinam pouco ao longo da vida, enquanto podem aumentar largamente. À semelhança da funcionalidade, estes aspetos são também influenciados por vários fatores como a

história familiar, condições psiquiátricas, hábitos de vida, entre outros (LeónArcila, Milián-Suazo, Camacho-Calderón, Arévalo-Cedano, & Escartín-Chávez, 2009).

Estudos relativos ao desempenho intelectual demonstraram que as aptidões cognitivas atingem o seu pico pelos 30 anos, continuam estáveis até à década dos 50-60 anos e, a partir daí começam a diminuir. O declínio das funções intelectuais acelera-se a partir dos 70 anos, no entanto, não é uniforme para todas elas.

Este declínio pode ser influenciado por diversos fatores, nomeadamente fatores genéticos; saúde; instrução/escolaridade; atividade física e mental (a execução de atividades que estimulem o corpo e a mente estão intimamente relacionadas com um desempenho cognitivo mais eficaz e um menor declínio longitudinal); conhecimentos especializados (apesar de um declínio das capacidades cognitivas resultante do avançar da idade, aqueles que efetuam treinos/estratégias compensadoras apresentam um elevado nível de desempenho); personalidade e humor (verifica-se uma correlação entre e depressão e a insuficiência da memória e défices do desempenho); contexto sócio-cultural; treino cognitivo; diferenças entre géneros, etnias e raças; idade, quanto mais avançada maior o risco de aquisição de défices cognitivos e menor a capacidade de recuperação desses mesmos défices (Spar & La Rue, 2005)

Segundo os mesmos autores, os idosos demonstram maior dificuldade nas tarefas de raciocínio que obrigam a uma análise lógica e organizada de material abstrato/não familiar, revelando-se mais lentos na execução de tarefas que exijam o planeamento, execução e avaliação de sequências complexas. Deste modo, apresentam uma lentificação mais acentuada que os jovens relativamente aos aspetos perceptivos, mnésicos, cognitivos e motores.

A eficácia da comunicação por meio da linguagem também pode sofrer alterações na velhice. Esta permanece estável durante a vida adulta, no entanto, com a senescência verifica-se uma maior dificuldade na compreensão de mensagens longas ou complexas e na reprodução de termos específicos, tornando-se o discurso mais repetitivo (Rodrigues, 2012). O autor refere ainda que, relativamente às aptidões visuais, no que remete para o espaço, os idosos conseguem manter a capacidade de reconhecer imagens, lugares e caras que lhes são familiares e reproduzirem/identificarem formas geométricas vulgares.

Em contrapartida, demonstram um declínio na capacidade de reconhecerem e reproduzirem configurações complexas ou pouco habituais.

Autores como Giro & Paúl (2013) referem que ao nível sensorial, todos os sentidos são afetados, verificando-se uma perda de acuidade e de sensibilidade que vai alterando a relação com o mundo. Parece haver uma relação entre o envelhecimento sensorial e o declínio cognitivo de maneira que um influencia o outro e os dois comprometem a qualidade de vida do idoso. O mecanismo subjacente à relação sensorial e função cognitiva está então mais amplificado na idade avançada.

Relativamente à atenção, os idosos mantêm uma capacidade estável em dirigirem e manterem a atenção sobre tópicos ou acontecimentos específicos, demonstrando dificuldade em filtrar informação que ocorra ocasionalmente, em repartir a atenção por diversas tarefas ou desviar a atenção para um outro ponto (Spar & La Rue, 2005).

A inteligência permanece estável ao longo de toda a vida adulta podendo sofrer um ligeiro declínio em idades avançadas, o que geralmente se traduz apenas na execução de novas tarefas. Esta pode ser dividida em inteligência fluida e cristalizada (Umpherd, 2010). A primeira remete para o processo básico de informação, capacidade de raciocinar, perceber a relação entre objetos, criar novas ideias e na adaptação a mudanças. Atinge o auge aos 25 anos, declinando a partir dessa idade. Por sua vez, a inteligência cristalizada consiste no processo de aquisição do conhecimento, centralizando-se na educação, no conhecimento, na experiência adquirida em contexto sociocultural. Tem tendência a manter-se e aperfeiçoar-se ao longo da vida. Deste modo, indubitavelmente, as atividades/experiências do passado têm repercussões no presente e são fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido no futuro (Umpherd, 2010).

Shepard (1997) defende que o componente de reconhecimento da memória de longa duração é relativamente bem preservado, porém há dificuldades na recuperação de informações desse armazenamento. A memória desempenha um papel fulcral na construção da identidade social do indivíduo, do seu valor social e relacional. Esta é constantemente renovada pelos novos sentidos e significados adquiridos no momento (Rodrigues, 2012). Com o processo de envelhecimento surge uma diminuição da

velocidade de recuperação de vários recursos da memória, sendo maior o declínio na memória imediata, devido a alterações no sistema sensorio-motor.

Algumas das alterações comportamentais registadas com o envelhecimento, tais como a lentificação do processamento da informação e da resposta, podem estar relacionadas com alterações generalizadas, tais com a diminuição do volume do cérebro (Cancela, 2007).

Spar & La Rue (2005) referem que o envelhecimento pode influenciar o desempenho cognitivo mediante as alterações das aptidões (Quadro 1) e que todas as alterações mencionadas variam de acordo com as características individuais, contexto e vivências pessoais (Sequeira, 2010).

Aptidões	Características
Habilidades percetivo-motoras	Declina a partir dos 50-60 anos
Atenção	Mantém-se estável ou sofre um ligeiro declínio
Inteligência	Declina ligeiramente em idade muito avançada. Mais evidente em tarefas novas
Linguagem: - Comunicação - Sintaxe, conhecimento de palavras - Fluência e nomeação - Compreensão - Discurso	- estável: na ausência de défice sensorial; - estável: varia com o grau e instrução; - lapsos ocasionais em encontrar palavras; - mensagens complexas dificultam mais a compreensão - pode ser mais impreciso e repetitivo
Memória: - Memória de trabalho (recente) - Memória remota ou a longo prazo	- estável, declínio ligeiro ou moderado. Diminuição da capacidade para manipular a memória de curto prazo com défices na codificação e recuperação; - estável para aspetos mais relevantes da vida do idoso
Visuo-espacial: - copiar desenhos - orientação topográfica	- variável: intacta para figuras simples e com dificuldades em figuras complexas; - em declínio: mais notável em terreno familiar

Raciocínio: - resolução de problemas - raciocínio prático	- em declínio: alguma redundância e desorganização; - variável, mas intacto para situações familiares
Funções executivas	Ligeiro declínio. Planeamento e execução menos eficiente de comportamentos complexos
Velocidade	Em declínio, com lentificação da ação e pensamento

Quadro 1 - Alterações nas aptidões com o decorrer do envelhecimento (Sequeira, 2010)

A estimulação cognitiva é então fundamental e engloba todas as atividades que contribuem para melhorar o funcionamento cognitivo em geral (memória, linguagem, atenção, concentração, abstração, operações aritméticas e praxias) através de programas de estímulo (Rodrigues, 2012). Estes consistem em exercitar e manter as capacidades cognitivas existentes, com o objetivo de melhorar e manter o funcionamento cognitivo e diminuir a dependência do idoso. Consequentemente haverá uma melhoria na conduta do idoso, no seu estado de ânimo, na sua auto-eficiência e autoestima.

A diminuição da capacidade funcional observada no idoso tem implicações diversas na sua qualidade de vida, tornando-o gradualmente menos ativo, menos autónomo, mais dependente, afetando a capacidade de fazer exercício e de realizar atividades. As consequências das alterações cognitivas podem surgir a longo prazo e comprometer a capacidade da pessoa viver independentemente interferindo na sua autonomia, ou a curto prazo, impossibilitando o idoso de participar nas decisões relacionadas com a sua institucionalização.

2. AUTONOMIA/ (IN)DEPENDÊNCIA NO IDOSO

Os idosos encontram-se numa situação muito particular de vida, que não se deve apenas à sua idade, mas também a todos os acontecimentos decorrentes da sua existência. A capacidade que o idoso tem de se manter independente é condicionada por uma série de fatores, tais como a constituição genética, os estilos de vida, o meio ambiente onde está inserido, o contexto socioeconómico e cultural, ou ainda o facto de ter nascido numa sociedade mais ou menos desenvolvida e numa família com maior ou menor capacidade económica (Drago & Martins, 2012).

De acordo com Sousa (2008), os indicadores críticos da possibilidade de vida independente são constituídos pela capacidade em manter funções de cuidados pessoais (como vestir-se, lavar-se e cuidar de si) e atividades instrumentais que possam servir para a manutenção de vida diária (de estar orientado no tempo e no espaço, possibilidade de fazer compras, de telefonar ou de efetuar pagamentos). Este autor acrescenta ainda que os idosos saudáveis não têm dificuldade em realizar as atividades mencionadas desde que as tenham executado com êxito no seu passado. Só as não conseguem efetuar se tiverem graves limitações sensoriais, de saúde física ou mental.

Sequeira (2010) refere que a dependência surge como o resultado do aparecimento de um défice, que limita a atividade em termos da funcionalidade da pessoa, em consequência de um processo patológico ou acidente.

Desta forma, torna-se importante fazer a distinção entre autonomia, dependência e independência. A autonomia, segundo Santos (2002, p. 49), é o “comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor das suas próprias leis e do sistema de valores adotado para gerir a sua conduta e presidir às suas atitudes”. Ainda na opinião da mesma autora (2002), a perda de autonomia é um dos fenómenos que, sobretudo a nível psicológico, maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma.

Já independência e dependência são conceitos complexos e difíceis de operacionalizar. Sousa (2008), entende que a independência é definida como condição de quem recorre aos seus próprios meios para a satisfação das suas necessidades. Por outro lado, dependência, é entendida como a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros (Sequeira, 2010)

Avaliar os diferentes níveis de incapacidade torna-se um objetivo fundamental para a planificação adequada dos cuidados de saúde. No entanto, segundo o Ministério da Saúde (2004) os cuidados não estão organizados de forma a darem melhor resposta a uma população cada vez mais envelhecida.

Num estudo realizado por Paúl (1997), a perda da capacidade funcional revelou-se a principal razão na decisão de institucionalização de indivíduos idosos. De forma a dar resposta ao problema da elevada incapacidade, designadamente na terceira idade, surgiram, em alguns países, unidades de saúde orientadas para a recuperação funcional das pessoas que apresentam uma perda funcional potencialmente recuperável, resultante de doença crónica ou de um processo patológico agudo de natureza médica, traumatológica ou cirúrgica. Nestas unidades os utilizadores são alvo de avaliações integrais multidisciplinares que permitem a identificação das principais incapacidades e consequente elaboração/implementação de planos terapêuticos individualizados (Ferrín, 2005).

Diestre & Vilarmau (2000) defendem que para além de outros benefícios, a recuperação funcional da pessoa idosa permite que uma relevante percentagem de idosos possa retomar o seu contexto domiciliário evitando assim a sua institucionalização.

3. AUTOESTIMA E BEM-ESTAR SUBJETIVO

Rosenberg (1965) define a autoestima como o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, sendo um aspeto essencial na vida do idoso pois representa uma das dimensões da personalidade que influencia o bem-estar do indivíduo e a sua adaptação ao mundo que o rodeia (Ruibyté, 2007), o que se revela de extrema importância para o sucesso e a satisfação com a vida (Rosenberg, 1965).

Na opinião de Andrade, Souza & Minayo (2009), a autoestima é um atributo profundamente individual, embora seja modelado pelas relações quotidianas e também decisivo na relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros, influenciando a percepção dos acontecimentos e das pessoas, no comportamento e nas vivências do indivíduo. No mesmo sentido, Pereira (2012) refere que “atualmente, os estudos acerca do bem-estar psicológico obrigam-nos, desde já, a antecipar a sua indissociabilidade dos contextos familiar e social, assim como a sua relação com a saúde, a espiritualidade e as características de personalidade”.

Neste contexto, importa realçar que existem duas perspetivas de bem-estar, uma que aborda o estado subjetivo de felicidade, denominada de bem-estar subjetivo e outra que investiga o potencial humano, designada de bem-estar psicológico (Ryan & Deci, 2001). Ryff e Keyes (1995) reorganizaram e reformularam um modelo multidimensional do conceito de bem-estar psicológico, o qual assenta em seis componentes: a auto-aceitação, o estabelecimento de relações positivas com outras pessoas, a autonomia, o domínio do ambiente, o sentido da vida (a razão de viver) e o crescimento pessoal.

Por sua vez, o conceito de felicidade e a tentativa da sua decifração deu origem ao conceito de bem-estar, inicialmente associado a estudos relacionados com economia, tendo sido, por este motivo, expresso como Bem-estar Material (Galinha & Pais Ribeiro, 2005). Novo (2003), realça que o bem-estar material não seria mais do que a avaliação que a pessoa fazia em relação à influência que os bens e serviços exerciam sobre o seu bem-estar.

Os conceitos de bem-estar objetivo e de bem-estar subjetivo derivam da junção dos aspetos objetivos já aceites na área da saúde com os subjetivos, originando a necessidade de serem criados dois componentes para a qualidade de vida (Rodrigues & Pereira, 2005, p.184). Rodrigues e Pereira (2005) referem ainda que o bem-estar objetivo possui dois sub-componentes, designadamente o bem-estar económico (relacionado com os salários dos indivíduos) e o bem-estar sociodemográfico (referente à residência, saúde, alimentação, educação e ao lazer, entre outros aspetos da vida). O conceito de bem-estar subjetivo surgiu nos finais da década de 50, aquando da procura de indicadores de qualidade de vida, com o intuito de se proceder a mudanças sociais e à implementação de políticas sociais (Novo, 2005). O mesma autora refere ainda que a partir da última década do século XX, o bem-estar subjetivo foi reconhecido como importante para a ciência, no âmbito da investigação e da intervenção social e clínica.

Os estudos em torno do bem-estar subjetivo levaram à especificação de quatro aspetos centrais do mesmo, que no entender de Neri (2007) são os seguintes:

- i) O bem-estar subjetivo resulta de experiências individuais, não tendo em conta nem a saúde, nem o conforto ou a riqueza;
- ii) A avaliação do bem-estar subjetivo compreende a saúde física e mental, as relações sociais e a espiritualidade;
- iii) O bem-estar subjetivo compreende afetos, tanto positivos, como negativos;
- iv) Por último, o bem-estar subjetivo compreende a satisfação com a vida, o que depende que o mesmo seja constituído por uma componente emocional e por uma componente cognitiva.

A autoestima surge como um dos componentes dos afetos positivos que fazem parte da dimensão emocional e é considerada como sendo um conceito psicológico que tem como principal propósito representar a saúde mental, uma vez que inclui uma auto-avaliação do indivíduo no que concerne ao reconhecimento que este faz do seu valor e das suas características positivas e negativas (Siqueira & Padovan, 2008).

Fatores subjetivos ou individuais como o sexo, a idade, a saúde, o nível cultural, as amizades, os traços de personalidade (sobretudo a extroversão, o otimismo, a autoestima, as tendências anti-depressivas, o controlo das emoções, a visão realista do

passado, a capacidade e flexibilidade de adaptação a novas culturas e a novas situações), a valorização do apoio social recebido e as crenças religiosas foram considerados influências decisivas no bem-estar psicológico das pessoas idosas (Bernard, 2008). As investigações na população idosa que incidem especificamente sobre o bem-estar subjetivo têm o intuito de verificar que variáveis contribuem para o mesmo na adultez em idade avançada (Pereira, 2012).

Neste seguimento, Neri (2007) procedeu ao estudo do bem-estar subjetivo em pessoas idosas, relatando as suas conclusões no seguinte quadro, representado na Figura 1.

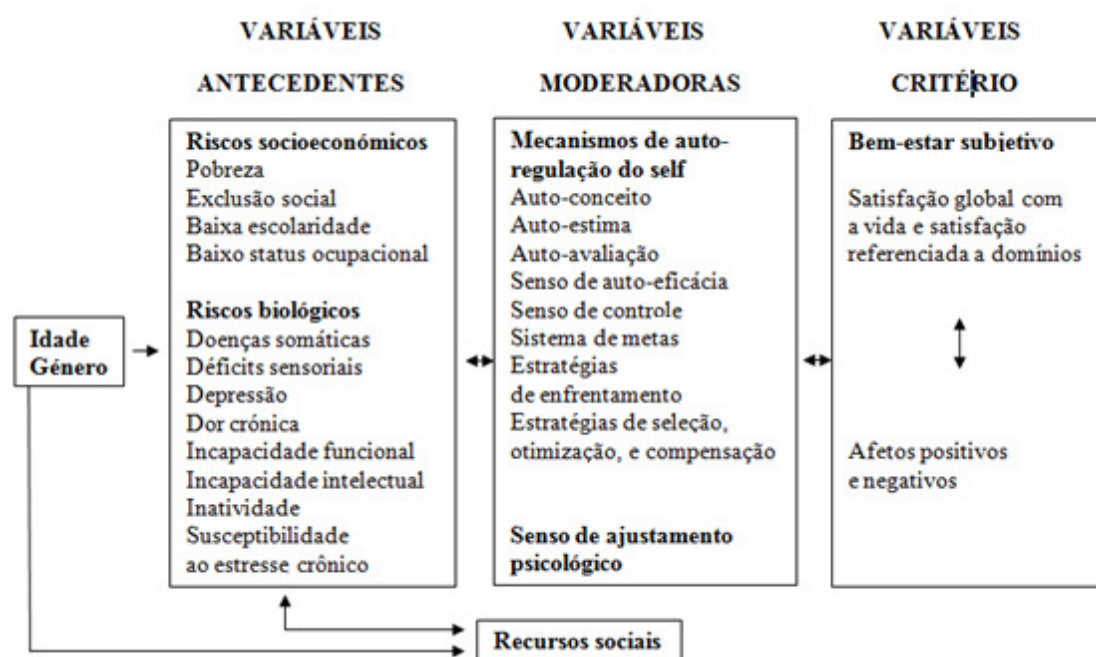


Figura 1: “Variáveis envolvidas na determinação do bem-estar subjetivo na velhice” (In: Neri, 2007, p.15).

Simões (2006) defende que os conceitos de bem-estar subjetivo e qualidade de vida estão relacionados com o conceito de felicidade, na medida em que, a qualidade de vida inclui as condições de vida e a experiência de vida. O que constitui, propriamente, o domínio do bem-estar subjetivo é a experiência de vida, uma vez que as condições de vida dizem respeito ao conjunto de fatores sociodemográficos susceptíveis de influenciar o modo como os indivíduos experienciam a sua vida (Simões, 2006).

Por norma, admite-se que o bem-estar subjetivo é constituído por uma componente cognitiva, denominada satisfação com a vida³ e por uma componente afetiva⁴. Desta forma, é possível afirmar que um indivíduo apresenta um bem-estar subjetivo de nível elevado, quando este refere que está muito satisfeito com a vida e que experencia com frequência emoções positivas e raramente emoções negativas.

Também o estado civil e o tipo de relações sociais estabelecidas com os outros influenciam o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico, verificando-se que as pessoas casadas apresentam uma melhor saúde física e psicológica e vivem mais tempo quando comparadas às pessoas solteiras (Medeiros, 2012; Bernard, 2008) e que, quanto mais grupos de amigos e relações fortes estabelecerem com estes, melhor será o bem-estar subjetivo.

Em virtude das alterações inerentes à idade madura (que podem manifestar-se em cada idoso em períodos diferentes) originou-se uma visão negativa do conceito de envelhecimento centrada na perda de capacidades e regressões, e que é fomentada pelos meios de comunicação social, acabando por trazer consequências para o idoso. Este, por vezes, tem tendência a adotar uma atitude na qual os aspetos negativos deste processo são vistos como centrais e primordiais (Fernandes, 2000). Nos casos em que é possível observar uma diminuição das capacidades no idoso e simultaneamente, o mesmo apresenta essa dita visão negativista do envelhecimento, podemos verificar que é comum a diminuição da autoestima, desmotivação e isolamento social por parte do mesmo (Jacob, 2007).

Associada às perdas inerentes ao envelhecimento, a inatividade física age como acelerador desse processo, o que resulta em incapacidade funcional e perda de qualidade de vida. Neste contexto, a autoestima é destacada como uma das principais causas da baixa participação em atividades físicas (Spence, McGannon & Poon, 2005), o que, por sua vez, promove a incapacidade funcional e a perda de autonomia. Fox (2005) refere que a autoestima elevada está associada à escolha, persistência e ao sucesso de comportamentos relacionados com a saúde.

³ A forma como se avalia a própria vida (Simões, 2006).

⁴ As reações emocionais, positivas ou negativas face à dita avaliação (Simões, 2006).

Neto & Corte-Real, (s/d) alertam ainda para as perturbações de natureza depressiva que têm aumentado neste grupo etário. Vários estudos apresentam diversos valores de predominância da depressão em pessoas idosas, valores estes que aumentam em idosos institucionalizados. Costa (2005) refere que 50% dos idosos institucionalizados apresentam alguma forma de sintomatologia depressiva. Assim, embora a depressão possa apresentar-se associada a vários fatores decorrentes do envelhecimento, a sua prevalência parece agravar-se em pessoas idosas institucionalizadas, verificando-se um maior risco de morbidade e mortalidade (Neto & Corte-Real, s/d)

Segundo Aranha (2004), no que diz respeito à prevalência de doenças e morbidade, o facto da pessoa idosa não ter familiares próximos, constitui um fator que afeta a sua saúde, pelo que é presumível que se deve a pouco apoio social, ou de pouca qualidade. Neto & Corte-Real (s/d) descrevem o suporte social pelo tamanho da rede social, presença de relações sociais, frequência de contacto com membros da rede social, necessidade de apoio transmitida ou tipo e quantidade de apoio que o indivíduo precisa e recebe. Outros aspetos que caracterizam a rede social de apoio são a extensão da utilização da rede social, a dependência, os comportamentos de reciprocidade, a proximidade/intimidade entre os membros e a satisfação com a rede em geral. O suporte social assume assim um papel importante na construção da autoestima, particularmente para as pessoas idosas, uma vez que é nesta população que, na maioria das vezes, se observam as maiores lacunas, pois existe uma elevada quantidade de pessoas idosas que vivem sozinhas ou em instituições, sem apoio familiar.

Assim, torna-se de extrema importância apelar à colaboração por parte de todos os membros da sociedade para a integração das pessoas idosas institucionalizadas em redes de relações operacionais e de suporte socio-afetivo mútuo, com vista ao aumento do bem-estar subjetivo das pessoas idosas.

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTO E PROBLEMATIZAÇÃO

As motivações para o tema deste projeto foram-se consolidando ao longo da parte curricular do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo. Sendo enfermeira a exercer funções num Lar, considerámos que este seria um contexto interessante para concretizar o projeto cujo relatório agora se apresenta.

O envelhecimento da população é, como vimos, uma realidade presente e futura, constituindo a perda de autonomia por parte dos idosos institucionalizados um grave problema com elevada incidência nesta população. A perda de autonomia/funcionalidade acarreta várias consequências, tanto para os idosos como para a instituição uma vez que, para os idosos a sua perda de autonomia conduz a diversos problemas físicos e psicológicos e para as instituições, que com poucos trabalhadores especializados na área, muitas vezes não se encontram preparadas para lidar com algumas situações inerentes à dependência dos idosos institucionalizados.

Vários têm sido os estudos desenvolvidos ao longo dos anos acerca do envelhecimento da população e a melhor forma de envelhecer. Caracterizar o bem-estar e a autoestima relacionados com a autonomia do idoso, torna-se preponderante para perceber de que forma o envelhecimento é influenciado por estes fatores.

As condições de cronicidade, na maioria das vezes, são geradoras do que pode ser denominado processo incapacitante, ou seja, o processo pelo qual uma determinada condição afeta a funcionalidade da pessoa idosa. Neste contexto, a funcionalidade é definida como a capacidade do indivíduo se adaptar aos problemas de todos os dias, apesar de possuir uma incapacidade física, mental e/ou social (Duarte, 2007). É neste sentido que se pretende compreender se a funcionalidade da pessoa idosa afeta de alguma forma a sua autoestima bem como o seu bem-estar subjetivo.

2. METODOLOGIA DE ESTUDO

A escolha da metodologia a usar é fundamental na realização de um estudo pois é através dela que é possível obter as respostas ao problema definido e recolher informações que nos permitam encontrar explicações para o mesmo. Funciona como alicerce, constituindo a base de um processo de investigação. Segundo Fortin, (2003), a metodologia engloba um conjunto de modos e de técnicas que servem de linha orientadora na elaboração do processo da investigação científica.

O trabalho de investigação desenvolvido tem características exploratórias e descritivas e enquadra-se no âmbito de um projeto desenhado para potenciar o desenvolvimento da autoestima e da autonomia de idosos institucionalizados num lar na zona centro do país.

Num estudo descritivo pretende-se recolher as ideias dos participantes acerca de uma problemática. O foco destes estudos está no conhecimento aprofundado de determinada comunidade, dos seus membros e dos seus contextos de vida. Nos estudos exploratórios investiga-se uma realidade específica em torno de dimensões definidas ou emergentes com vista ao seu aprofundamento, mediante um percurso investigativo definido (Trivinos, 1995). A finalidade do nosso estudo foi explorar e descrever o nível de autoestima e de autonomia dos utentes do Lar Social do Arrabal.

Adotou-se uma abordagem de natureza mista. Recorreu-se a instrumentos característicos das abordagens quantitativas que, no presente trabalho foram as escalas de Barthel e de Rosenberg. A abordagem qualitativa resultou da utilização da observação naturalista das competências relacionais dos participantes no estudo que foram tidas em conta na elaboração da brochura com atividades e dinâmicas de grupo e ainda da análise documental e entrevista ao presidente da instituição. Estes procedimentos metodológicos de cariz misto foram utilizados tanto na recolha de dados como a nível do tratamento de dados, tal como preconizado por Morais & Neves (2007).

2.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este trabalho foi norteado pelas seguintes questões de investigação:

1. Qual a relação entre a autoestima e o nível de autonomia/independência do idoso institucionalizado no Lar Social do Arrabal?
2. Como promover as competências cognitivas, físicas e relacionais dos idosos institucionalizados no Lar Social do Arrabal?

A partir da formulação das questões de investigação definiram-se os seguintes objetivos:

- Avaliar a autoestima de pessoas idosas institucionalizadas;
- Avaliar a autonomia e o nível de independência de pessoas idosas institucionalizadas;
- Analisar a relação entre a autoestima e o nível de autonomia de pessoas idosas;

A observação e análise das necessidades dos utentes conduziu à construção de uma brochura de suporte ao cuidador, com os seguintes objetivos:

- Fomentar um envelhecimento positivo e bem-estar individual;
- Estimular as capacidades cognitivas;
- Estimular a mobilidade física;
- Fortalecer as relações interpessoais

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A escolha do tipo de amostra começou com a identificação da população a ser pesquisada. Foi tão importante definir o seu tamanho quanto a sua representatividade, isto é, o seu grau de similaridade com a população em estudo. As amostras devem ser grandes o suficiente para atender aos requisitos de confiabilidade. O tamanho da amostra decorreu, portanto, do grau de confiança que se pretendia obter nos resultados, do tempo e das pessoas que participaram.

Desta forma, a população é composta por todas as pessoas residentes no Lar Social do Arrabal, tanto em valência de Lar como em valência de Centro de Dia, num total de 74 utentes, dos quais 68 são utentes de Lar e 6 são utentes de Centro de Dia.

A amostra extraída da população acima referida é constituída por 12 participantes, a qual integra todos os residentes que livremente aceitaram participar (ANEXO IV) e que se encontravam identificados pela instituição como tendo as funções cognitivas preservadas, para que fosse possível responderem à Escala de Autoestima de Rosenberg. De realçar que a Escala de Barthel foi aplicada a todos os utentes da instituição (74) uma vez que esta é uma escala aplicada através da observação dos utentes por parte do investigador, não sendo necessária a resposta destes a qualquer questão relacionada com a escala.

A amostra foi não probabilística por conveniência uma vez que nem todos os indivíduos apresentavam a mesma probabilidade de fazer parte da amostra (não probabilística). Os indivíduos foram escolhidos de acordo com os critérios de acessibilidade como já foi referido anteriormente.

2.3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

O Lar Social do Arrabal tem, em valência de Lar e Centro de Dia, 74 utentes sendo que 28 (37,8%) são do sexo masculino e 46 (62,2%) do sexo feminino. As idades situam-se entre os 56 e os 101 anos, sendo a média de idades de 84,84 anos.

Sexo da população	nº	%
Masculino	28	37,8
Feminino	46	62,2
Total	74	100.0

Tabela 1: Caracterização da população segundo o **sexo**

Idade	n	\bar{X}	Med	S	Mo	Min.	Máx.
	74	84,84	86,00	7,914	86*	56	101

*Amostra com múltiplas modas, as modas são 84, 86, 87,88

Tabela 2: Caracterização da população segundo a **idade**

No que diz respeito ao estado civil, a população do Lar Social do Arrabal tem na sua constituição, 43 pessoas viúvas (58,1%); 22 pessoas casadas (29,7%) (sendo que nesta fração existem 8 casais, ou seja ambos os cônjuges vivem no Lar); 8 solteiros (10,8%) e 1 pessoa divorciada (1,4%).

Estado civil da população	nº	%
Casado (a)	22	29,7
Solteiro (a)	8	10,8
Viúvo(a)	43	58,1
Divorciado (a)	1	1,4
Total	74	100.0

Tabela 3: Caracterização da população segundo o estado civil

2.4. CARACTERIZAÇÃO DO LAR SOCIAL DO ARRABAL

O Lar Social do Arrabal é uma instituição particular de solidariedade social sem fins lucrativos que iniciou a sua atividade a 1 de agosto de 1988. Com as valências de Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário, possui 45 funcionários, tendo nas 3 valências 89 utentes. De acordo com o seu Presidente, Luís Novais, a instituição “destina-se a receber/apoiar pessoas idosas com ou sem dependência física ou mental, de ambos os sexos, mas podem ainda ser abrangidas outras pessoas que apresentem dificuldade de integração ou de apoio no meio social e familiar”.

De acordo com os estatutos do Lar Social do Arrabal, os corpos gerentes são a Assembleia Geral, a Direção e o Conselho Fiscal, sendo o exercício de qualquer um destes cargos gratuito, em regime de voluntariado. A gestão e representação do Lar competem à Direção que é constituída por Presidente, Vice-Presidente, Secretário, Tesoureiro e Vogal.

Segundo o seu Presidente “ao longo do ano são realizadas atividades de animação sociocultural, recreativa e ocupacional, nomeadamente: sessões de leitura, atividades de música e canto, ginástica, trabalhos manuais, escrita criativa, pintura, tardes cinematográficas, jogos, visitas e passeios ao exterior, comemoração de datas festivas, cerimónias religiosas”, entre outras. Luís Novais refere ainda que o Lar tem “acompanhado os idosos da freguesia e, sempre que possível, dado respostas às suas necessidades, através das 3 valências, tendo como objetivos proporcionar o equilíbrio bio-psico-social do idoso, contribuir para a estabilização ou retardamento do processo

de envelhecimento, favorecer os sentimentos de segurança e autoestima, respeitar a independência, individualidade e privacidade dos utentes e assegurar o tratamento psicossocial”.

Para além disso, a instituição promove “a continuidade ou reativação das relações familiares e/ou de vizinhança; assegura cuidados de saúde a nível primário, secundário e terciário, em colaboração com os serviços de saúde; garante alojamento condigno em Lar de Idosos e Centro de Dia. No Apoio Domiciliário, zela pelas condições de habitabilidade existentes, além de assegurar as necessidades básicas de alimentação, higiene e conforto”.

2.5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

De modo a alcançarmos os objetivos propostos para esta investigação foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados:

- Escala de Barthel;
- Escala de Autoestima de Rosenberg;
- Entrevista ao Presidente da instituição;
- Análise documental;
- Observação naturalista das dinâmicas relacionais dos utentes institucionalizados.

Pela sua especificidade apresentamos de seguida as características das duas escalas aplicadas.

2.5.1 Escala de Barthel

A Escala de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária: controlo de esfíncteres, higiene pessoal, ir à casa de banho, alimentar-se, deslocações, mobilidade, vestir-se, subir e descer escadas e tomar banho (Mahoney e Barthel, 1965). Pode ser preenchida através da observação direta, de registos clínicos ou pode até ser auto ministrada, tendo como objetivo avaliar se o utente é capaz de desempenhar determinadas atividades de vida diária independentemente.

Na versão original, a pontuação da escala varia de 0-100 pontos (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida diária avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas (Araújo *et al*, 2007).

Desde a publicação da Escala de Barthel por Mahoney e Barthel (1965) que esta tem sido amplamente utilizada com o objetivo de «quantificar» e monitorizar a (in)dependência dos indivíduos para a realização das ABVD (Paixão e Reichenheim, 2005; Sulter, Steen e Keyser, 1999). Neste uso alargado do instrumento têm sido desenvolvidas algumas versões que se distinguem da original por aumentarem ou diminuírem as atividades avaliadas ou ainda por alterarem o sistema de pontuação. A versão desenvolvida por Wade e Collin (1988) propõe uma pontuação dos itens em 0,1,2 ou 3, obtendo uma pontuação total da escala entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente) em oposição à versão original (0-100).

A versão de Wade e Collin (1988) é a que será utilizada na presente investigação onde cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 1, 2 ou 3 pontos de acordo com os diferentes níveis de dependência. Para se obter o valor total relativo à independência/dependência, procede-se à soma dos valores obtidos em cada um dos itens em que a pontuação de 0-04 é classificada de “Muito grave”, de 05-09 corresponde a “Grave”, 10-14 corresponde a “Moderado”, de 15-19 é “Ligeiro” e 20 é “Independente”.

No contexto clínico, a Escala de Barthel fornece informação importante não só através da pontuação total mas também através das pontuações parciais de cada atividade avaliada, uma vez que permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades. Dois indivíduos com a mesma pontuação global necessitam de cuidados diferenciados de acordo com a (s) atividade (s) para as quais demonstram maior incapacidade.

2.5.2. Escala de autoestima de Rosenberg

A Escala de Autoestima de Rosenberg é, de acordo com Romano, Negreiros e Martins (2007), um dos instrumentos de maior utilização quando a finalidade é avaliar a autoestima geral. Esta escala foi inicialmente desenvolvida por Rosenberg (1965) e resulta de uma modificação da escala original de Gutman (1953), tentando atingir uma medida unidimensional da autoestima global. Esta escala é constituída por dez itens, dos quais cinco são positivos e cinco são negativos, no entanto não são apresentados consecutivamente para reduzir o perigo de resposta direcionada e, para não induzir em erro o indivíduo durante o seu preenchimento.

Esta escala é composta por 10 itens referentes a sentimentos de respeito e aceitação de si próprio, dos quais metade se encontram enunciados de forma positiva e os restantes de forma negativa, no entanto não são apresentados consecutivamente para reduzir o perigo de resposta direcionada e para não induzir em erro o indivíduo durante o seu preenchimento.

Para cada afirmação existem quatro possibilidades de resposta (1 – Concordo completamente, 2 – Concordo, 3 – Discordo, 4 – Discordo completamente). Para os itens 1, 3, 4, 7 e 10 (de autoconfiança) a pontuação é a seguinte: Concordo completamente = 4, Concordo = 3, Discordo = 2 e Discordo completamente = 1. Em relação aos itens 2, 5, 6, 8 e 9 (de auto depreciação) a pontuação é a seguinte: Concordo completamente = 1, Concordo = 2, Discordo = 3 e Discordo completamente = 4.

Para se obter o valor total relativo à autoestima global, procede-se à soma dos valores obtidos em cada um dos itens, variando o valor total da escala entre os 10 e 40 pontos. De salientar que quanto maior for o resultado final obtido, mais elevado será o nível da autoestima global de cada indivíduo e vice-versa. Note-se que nesta escala a alta autoestima global é reflexo de um indivíduo que se sente bem, isto é, sente-se uma pessoa igual às outras e não necessariamente, superior às outras, refletindo uma avaliação global do indivíduo acerca de si próprio (Abrantes, 1998).

A colheita de dados da EAR foi feita através de uma entrevista individual uma vez que nem todos os participantes sabiam ler ou interpretar de forma adequada a escala.

2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

No presente estudo foi utilizado o programa informático SPSS. Este programa é uma ferramenta informática que permite realizar cálculos estatísticos complexos e visualizar, em poucos segundos, os resultados. Permitiu então criar a base de dados, introduzir as variáveis que pretendíamos trabalhar e conduzir-nos aos resultados pretendidos.

Utilizámos a estatística descritiva quantitativa que consistiu na recolha, análise e interpretação de dados numéricos através da criação de instrumentos adequados: quadros, gráficos e indicadores numéricos (Reis, 1996). Huot (2002, p. 60) define estatística descritiva como “o conjunto das técnicas e das regras que resumem a informação recolhida sobre uma amostra ou uma população, e isso sem distorção nem perda de informação”.

A finalidade desta técnica tinha como objetivo proporcionar relatórios que apresentassem informações sobre a tendência central e a dispersão dos dados. Para tal, evidenciaremos as medidas de tendência central: média, moda e mediana, as medidas de dispersão e variabilidade: desvio padrão, coeficiente de variação, valores mínimos e máximos, e ainda os números absolutos e relativos (percentagens).

2.7. PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização de um trabalho de investigação é fundamental que este cumpra todos os pressupostos formais e éticos. Como tal, a participação no estudo foi facultativa, mantendo a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes. Foi explicado aos mesmos quais os objetivos e meios do estudo e a colheita de dados foi realizada após o consentimento da instituição.

Inerente ao preenchimento do questionário surge o consentimento, para a participação do idoso no presente estudo. Um consentimento legal deve ser obtido de forma livre e esclarecida. É livre se é cedido sem ameaças, promessas ou pressões exercidas sobre a pessoa e quando esta se encontra nas suas faculdades mentais, por sua vez, para que o consentimento seja esclarecido deve ser informado sobre o que é pedido e o fim a que se destina a informação obtida para permitir aos participantes analisar as consequências da sua participação (Fortin, Prud'homme-Brisson, & Coutu-Wakulczyk, 2003).

Para tal, antes da aplicação das Escalas, foi providenciado a cada participante um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO IV) que foi lido e assinado por cada um antes de se iniciar a aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

Do mesmo modo, e como em qualquer trabalho de investigação, foi assegurado o respeito pelos direitos de todos os participantes: direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e prejuízo e a um tratamento justo e leal. Todos os instrumentos foram aplicados no interior das instituições, salvaguardados os locais e as condições físicas que garantissem o respeito integral das condições de saúde das pessoas idosas e dificuldades de deslocação manifestadas por alguns dos participantes.

3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na nossa amostra (n=12), as idades variam entre os 56 e os 90 anos, com uma média de 82,91 anos, para um desvio padrão de 3,02, sendo que 9 (75%) indivíduos são do sexo feminino e 3 (25%) do sexo masculino (conforme tabela 4 e 5).

Idade	n	\bar{X}	Med	s	Mo	Min.	Máx.
	12	82,91	87	3,027	88	56	90

Tabela 4: Caracterização da amostra segundo a **idade**

Sexo da amostra	nº	%
Masculino	3	25.0
Feminino	9	75.0
Total	12	100.0

Tabela 5: Caracterização da amostra segundo o **sexo**

3.2. ESCALA DE BARTHEL

No gráfico seguinte é possível observar que as AVD's onde se verifica maior dependência são o banho com 73% de pessoas dependentes, subir escadas (56,8%) e a higiene pessoal (39,2%). As AVD's onde os utentes apresentam um maior grau de

autonomia são a alimentação (74,3%), urinar e evacuar com 59,5% utentes autónomos no controlo de esfínteres.

Após um estudo efetuado, Araújo *et al* (2007) afirmam que é comum que um indivíduo com défices na mobilidade apresente também algum défice no controlo de esfínteres (essencialmente a nível urinário), embora a mobilidade esteja subjacente aos músculos estriados ou voluntários, regulados pelo sistema nervoso central, e a eliminação esteja associada aos músculos lisos involuntários, sendo regulados pelo sistema nervoso autónomo, e sistema hormonal. Assim, estabelecendo uma ordem inversa, a presente investigação vai de encontro ao referido por Araújo *et al* (2007) uma vez que, no que diz respeito à mobilidade, 45,9% dos utentes são independentes e o controlo de esfínteres é uma das dimensões onde os utentes apresentam maior grau de autonomia.

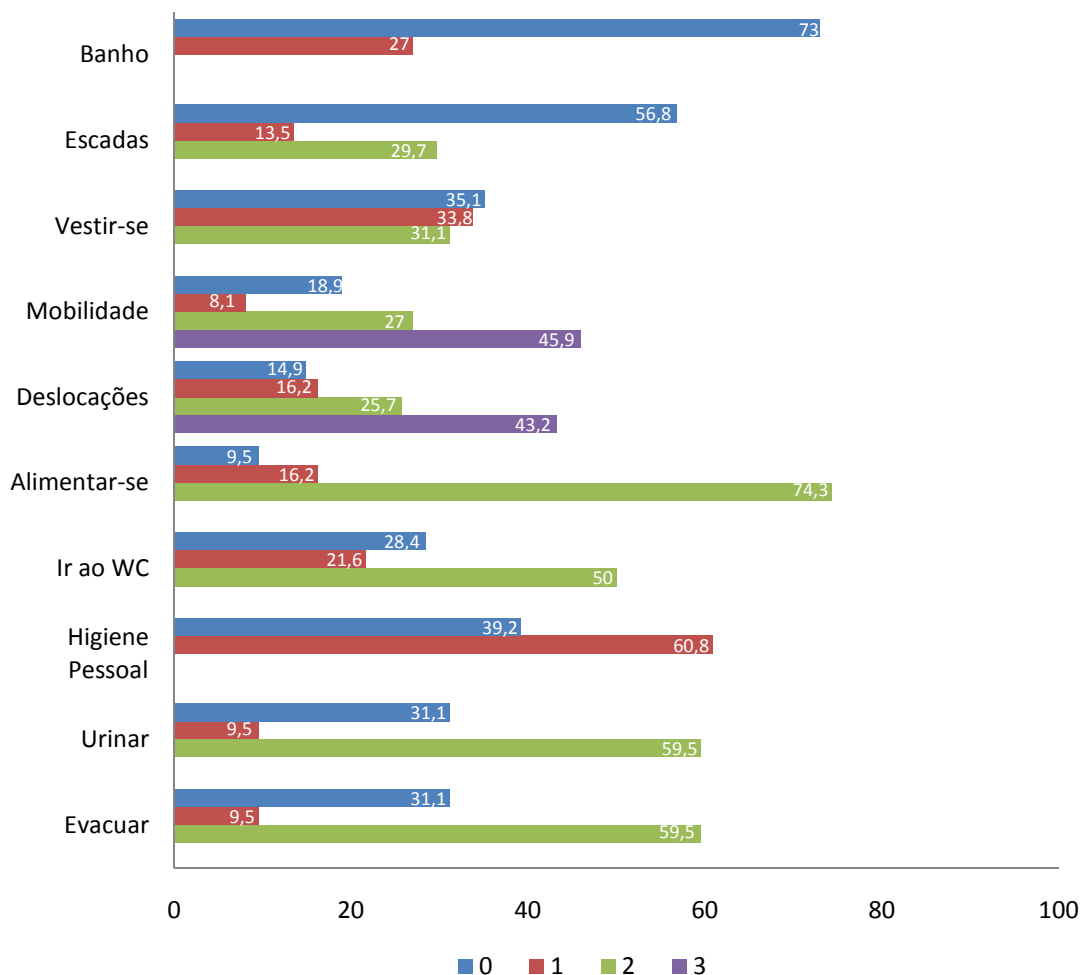


Gráfico 1: Classificação do grau de dependência da população nos diferentes itens da Escala de Barthel

Por ordem decrescente podemos observar através do gráfico 2 que 30% dos utentes tem um nível de dependência ligeiro, 23% tem um nível de dependência muito grave, 19% são independentes, 17% apresenta um nível de dependência moderado e 11% grave. Assim, é possível afirmar que 51% da população do Lar Social do Arrabal são dependentes (com um nível de dependência muito grave, grave ou moderado) e 49% são considerados independentes (totalmente independentes ou com um nível de dependência ligeiro).

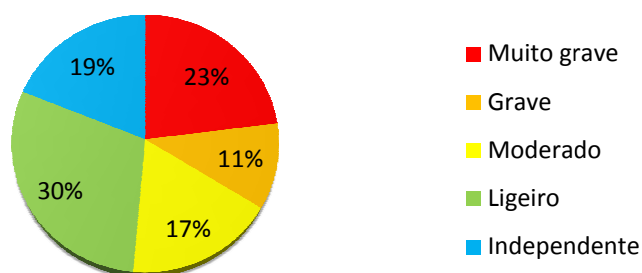


Gráfico 2: Classificação do nível de dependência da população

3.3. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

As tabelas abaixo demonstram detalhadamente como os participantes pontuaram a Escala de Autoestima de Rosenberg. Nestas tabelas pode ser observada a autoavaliação de cada participante no que diz respeito a sentimentos positivos (questões 1,3,4,7,10) e negativos (questões 2,5,6,8,9) em relação a si mesmos.

No item 1 da Escala - **Em geral, estou satisfeito comigo próprio**, 5 (41,6%) participantes responderam Concordo, 4 (33,3%) responderam Concordo Plenamente e 3 (25%) responderam discordo.

Em geral, estou satisfeito comigo próprio	n°	%
Discordo	3	25,0
Concordo	5	41,6
Concordo plenamente	4	33,3
Total	12	100,0

Tabela 6: Item 1 da Escala de Autoestima de Rosenberg

No item 2 da Escala - **Às vezes, acho que não sirvo para nada**, 8 (66,6%) participantes responderam Concordo, 2 (16,6%) participantes responderam Discordo, 1 (8,3%)

participante respondeu Concordo Plenamente e 1 (8,3%) respondeu Discordo Plenamente.

Às vezes, acho que não sirvo para nada	n°	%
Concordo plenamente	1	8,3
Concordo	8	66,7
Discordo	2	16,6
Discordo plenamente	1	8,3
Total	12	100.0

Tabela 7: Item 2 da Escala de Autoestima de Rosenberg

No item 3 da Escala - **Sinto que tenho um bom número de boas qualidades**, 7 (58,3%) participantes responderam Concordo, 3 (25%) participantes responderam Concordo Plenamente e apenas 2 (16,7%) responderam Discordo.

Sinto que tenho um bom número de boas qualidades	n°	%
Discordo	2	16,7
Concordo	7	58,3
Concordo plenamente	3	25,0
Total	12	100.0

Tabela 8: Item 3 da Escala de Autoestima de Rosenberg

Quanto ao item 4 da Escala - **Sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas**, 8 (66,7%) pessoas responderam Concordo, 3 (25%) responderam Discordo e apenas 1 (8,3%) respondeu Discordo Plenamente.

Sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas	n°	%
Discordo plenamente	1	8,3
Discordo	3	25,0
Concordo	8	66,7
Total	12	100.0

Tabela 9: Item 4 da Escala de Autoestima de Rosenberg

Já no 5° item da Escala - **Sinto que não tenho muito de que me orgulhar**, 8 (66,7%) participantes responderam Discordo, 3 (25%) responderam Concordo e 1 (8,3%) respondeu Discordo Plenamente.

Sinto que não tenho muito de que me orgulhar	n°	%
Concordo	3	25,0
Discordo	8	66,7
Discordo plenamente	1	8,3
Total	12	100.0

Tabela 10: Item 5 da Escala de Autoestima de Rosenberg

Relativamente ao item 6 da Escala - **Por vezes, sinto-me de facto inútil**, 9 (75%) pessoas responderam Concordo, 1 (8,3%) pessoa respondeu Concordo Plenamente, 1 (8,3%) respondeu Discordo e 1 (8,3%) respondeu Discordo Plenamente.

Por vezes, sinto-me de facto inútil	n°	%
Concordo plenamente	1	8,3
Concordo	9	75,0
Discordo	1	8,3
Discordo plenamente	1	8,3
Total	12	100.0

Tabela 11: Item 6 da Escala de Autoestima de Rosenberg

No item 7 da Escala - **Sinto que sou uma pessoa de valor, igual às outras pessoas**, 6 (50%) participantes responderam Concordo, 5 (41,7%) responderam Concordo Plenamente e apenas 1 (8,3%) respondeu Discordo.

Sinto que sou uma pessoa de valor, igual às outras pessoas	n°	%
Discordo	1	8,3
Concordo	6	50,0
Concordo plenamente	5	41,7
Total	12	100.0

Tabela 12: Item 7 da Escala de Autoestima de Rosenberg

No que diz respeito ao item 8 da Escala - **Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo**, 5 (41,7%) indivíduos responderam Concordo, 4 (33,3%) responderam Discordo e 3 (25%) responderam Discordo Plenamente.

Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo	n°	%
Concordo	5	41,7
Discordo	4	33,3
Discordo plenamente	3	25,0
Total	12	100.0

Tabela 13: Item 8 da Escala de Autoestima de Rosenberg

No item 9 da Escala - **Em termos gerais, inclino-me a achar que sou um falhado**, 5 (41,7%) participantes responderam Discordo Plenamente, 5 (41,7%) responderam Discordo e apenas 2 (16,7%) responderam Concordo.

Em termos gerais, inclino-me a achar que sou um falhado	n°	%
Concordo	2	16,7
Discordo	5	41,7
Discordo plenamente	5	41,7
Total	12	100.0

Tabela 14: Item 9 da Escala de Autoestima de Rosenberg

Por fim, no item 10 da Escala - **Adoto uma atitude positiva perante mim próprio**, 8 (66,7%) participantes responderam Concordo, 3 (25%) participantes responderam Discordo e 1 (8,3%) participante respondeu Discordo Plenamente.

Adoto uma atitude positiva perante mim próprio	n°	%
Discordo plenamente	1	8,3
Discordo	3	25,0
Concordo	8	66,7
Total	12	100.0

Tabela 15: Item 10 da Escala de Autoestima de Rosenberg

Avaliando a autoestima na sua globalidade, podemos verificar através da tabela 16 que 66,6% da amostra tem uma autoestima negativa (classificação entre 20-30 pontos) e apenas 33,3% da amostra tem uma autoestima positiva (de 30-40 pontos), no entanto, apesar de ser positiva, encontra-se com pontuações baixas (31 e 32 pontos).

Escala de Autoestima de Rosenberg	n°	%
20	1	8,3
22	2	16,7
27	1	8,3
28	1	8,3
29	3	25,0
31	1	8,3
32	3	25,0
Total	12	100.0

Tabela 16: Escala de Autoestima de Rosenberg

No que diz respeito ao nível de autonomia, é possível verificar que, nos níveis grave e moderado são os níveis onde a amostra apresenta os valores mais baixos de autoestima (2 utentes com dependência grave apresentam a pontuação de 20 e 22 na EAR e 2

utentes com dependência moderada apresentam a pontuação de 22 e 28), É possível ainda verificar que os utentes independentes detêm a pontuação mais elevada na EAR (29,31 e 32 pontos) o que leva a concluir que, nesta amostra, quanto maior o nível de dependência da pessoa, mais baixa é a sua autoestima. Segundo Pereira (2012) e Siqueira & Padovan (2008), a autoestima encontra-se relacionada com a autoavaliação do individuo no que concerne ao reconhecimento que este faz do seu valor e das suas características positivas e negativas, e portanto, ao deparar-se com situações de dependência, a autoestima das pessoas idosas poderá, eventualmente, diminuir.

Escala de Barthel					
Escala de Autoestima de Rosenberg	Grave	Moderado	Ligeiro	Independente	Total
20	1	0	0	0	1
22	1	1	0	0	2
27	0	0	1	0	1
28	0	1	0	0	1
29	0	0	2	1	3
31	0	0	0	1	1
32	0	0	2	1	3
Total	2	2	5	3	2

Tabela 17: Nível de dependência e a autoestima da amostra

Quanto ao sexo, observa-se que os homens não apresentam valores baixos de autoestima (29, 31 e 32 pontos) ao contrário das mulheres, onde 55,5% têm uma autoestima negativa. Os resultados obtidos na tabela 18 corroboram o referido por Neri (2007), de que embora as mulheres vivam mais tempo que os homens, manifestam menor satisfação global com a vida devido à maior suscetibilidade de manifestarem doenças, dores crónicas, risco de quedas, incapacidade funcional e depressão, e possuem mais responsabilidade no que concerne ao cuidado de outras pessoas idosas.

Total Escala de Autoestima de Rosenberg								
Sexo	20	22	27	28	29	31	32	Total
Masculino	0	0	0	0	1	1	1	3
Feminino	1	2	1	1	2	0	2	9
Total	1	2	1	1	3	1	3	12

Tabela 18: Sexo e a autoestima da amostra

Os resultados apresentados no gráfico 3 não confirmam as afirmações de Bernard (2008) e, sobretudo, de Queroz e Neri (2005), os quais constataram no seu estudo existir

uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e o bem-estar psicológico. Mais especificamente, Neri (2007) verificou taxas de maior insatisfação global com a vida em pessoas com mais de 85 anos. Assim, verifica-se no presente estudo que a faixa etária onde o nível de autoestima é mais baixo situa-se entre os 55-64 anos e, seguidamente, encontra-se então a faixa etária dos 85-95 anos. O facto de o nível de autoestima mais baixo se situar na faixa etária dos 55-64 anos pode estar relacionado com o que os utentes referiram no decorrer da aplicação da EAR, uma vez que o facto de terem surgido determinadas patologias (AVC e doenças do foro psiquiátrico), fez com que os utentes tivessem necessidade de ir para a Instituição mais cedo do que o previsto, gerando sentimentos de revolta, o que dificulta a sua integração e prejudica a autoestima. Por último, a faixa etária onde se verificam melhores valores de autoestima situa-se entre os 75-84 anos, facto que poderá estar relacionado com o nível de autonomia desta faixa etária.

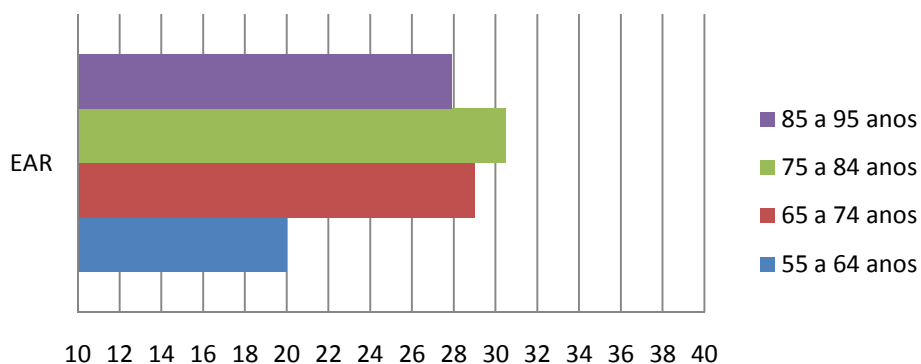


Gráfico 3: Valor médio da Escala de Autoestima de Rosenberg relativamente à variável idade

4. BOAS PRÁTICAS DE SUPORTE AO CUIDADOR

Para responder à segunda questão de investigação, construiu-se uma brochura de boas práticas de suporte ao cuidador (ANEXO I) onde se apresentam dicas e atividades práticas que podem ser facilmente executadas por todos os cuidadores, neste caso concreto pelos funcionários do Lar Social do Arrabal, sempre que o tempo assim o permitir e que achem pertinente, com o intuito de promover as capacidades físicas e cognitivas dos idosos uma vez que a presente investigação nos permitiu concluir que estas se encontram alteradas de forma negativa.

A seleção das atividades constantes na brochura que acompanha este trabalho foi sustentada teoricamente nos estudos já publicados sobre o processo de envelhecimento.

No sentido de minimizar o impacto negativo deste processo, é importante atender à ideia defendida por Fernandes (2000) de que é possível obter resultados positivos no que toca à diminuição da perda de capacidades e impacto do envelhecimento, se trabalharmos a imagem que o mundo tem e cultiva sobre a noção de envelhecimento, eliminando assim o preconceito negativo com o intuito de potenciar as áreas positivas. Fernandes (2000) sustenta ainda que o idoso deve ser sensibilizado a participar em atividades que promovam a sua atividade física e mental, contrariando a postura absentista e queixosa de forma a potenciar a sua integração saudável no lar.

Campos (2009) defende que a intervenção psicológica pode promover no idoso recursos para lidar com o processo de envelhecimento, ajudar a lidar com problemas emocionais, bem como auxiliar no desenvolvimento de relações interpessoais, aumentar a autoestima e autoconfiança. Atenuando os sentimentos de impotência, é possível aumentar a qualidade de vida do idoso.

Deste modo, a intervenção psicológica, com recurso a dinâmicas de cariz educativo, integrador e que visam a mudança de comportamentos que propiciem uma melhor adaptação à instituição, e ao mesmo tempo contribuem para um aumento da qualidade de vida do idoso (contrariando a inatividade) revela-se uma estratégia eficaz na

promoção do envelhecimento ativo. Por outro lado, o recurso a metodologias em grupo traz importantes vantagens tais como o estabelecimento de relações sociais de apoio, partilha de vivências e a compreensão mútua entre os elementos do grupo, que se podem prolongar no para além das sessões, uma vez que permite que os idosos comuniquem entre si, diminuindo a ausência de socialização muitas vezes encontrada neste meio (Meneses, Barradas & Bezerra, 2012).

Estudos efetuados com pessoas idosas ativas, frequentadores de grupos de convivência, revelaram que a interação entre as pessoas idosas possibilita mudanças grupais que minimizam os inconvenientes advindos do processo de envelhecimento, e proporciona também a construção de uma identidade grupal relacionada com idade, com a velhice e com os mecanismos de apoio social. Desta forma, é possível fortalecer o sentimento de pertença a um grupo, que compartilha representações de uma velhice bem-sucedida, tendo como princípio, a construção de amizades e laços afetivos entre as pessoas idosas, integrantes desses grupos (Araújo, 2006).

Simões (2006) defende a ideia de que grande parte do potencial cognitivo é preservado na última fase do ciclo da vida e, na generalidade dos casos, a reserva de capacidades é suficiente para se conduzir uma vida normal. Tal facto sugere que nas instituições podem ser desenvolvidas diversas atividades no sentido de se preservar/promover as capacidades cognitivas do idoso, promovendo a sua autonomia e conseqüentemente a sua autoestima. No mesmo sentido, Goyaz (2003) dá relevo à importância das atividades de estimulação cognitiva, mais especificamente da integração de atividades que apelem à memória, para que a pessoa idosa aumente o seu bem-estar, a sua auto-confiança, a sua satisfação com a vida e que estabeleça mais relações sociais.

De acordo com Bottino *et al* (2002) nas sessões de treino cognitivo podem ser realizadas associações verbais, multisensoriais⁵, rimas, histórias, leitura e compreensão de textos, para que os objetivos sejam alcançados.

Pelo acima referido, e através dos resultados obtidos no decorrer da investigação com a aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg e da Escala de Barthel, considerou-se

⁵ Integrando as informações visuais e verbais.

essencial a intervenção psicológica junto dos idosos institucionalizados, principalmente com o objetivo de promover a estimulação cognitiva, dotar os idosos de estratégias de *coping* para lidar com a diminuição da sua autonomia e com as alterações do seu corpo inerentes à idade, promovendo a adaptação ao contexto institucional, aumentando a interação grupal. A estimulação da mobilidade física é também um ponto essencial de intervenção uma vez que com esta é possível dotar o idoso de capacidades que diminuam ou retardem o seu nível de dependência.

No que diz respeito às atividades físicas, estas diminuem a ansiedade e a depressão e aumentam a autoestima e a atividade cerebral (Cardoso *et al*, 2007). Para além disto, promovem ainda as relações sociais e comunicação, aproximam as pessoas da comunidade e contribuem para a integração social (Ribeiro & Paúl, 2011). Dentro das atividades físicas, Garcia *et al* (2009) destacam a dança como uma atividade que permite o desenvolvimento sócio-afetivo, psicomotor, perceptivo-cognitivo, da criatividade, da independência e da liberdade, além de ser uma fonte de prazer para quem a pratica e permitir a interação entre o indivíduo e o mundo

CONCLUSÃO

Numa sociedade em que a população idosa tem vindo a crescer de uma forma exponencial, a avaliação do grau de autonomia deste grupo populacional é extremamente importante quer na avaliação do estado de saúde, quer na planificação dos cuidados tendo em conta as suas necessidades específicas. As mudanças cognitivas e psicológicas das pessoas idosas levam muitas vezes à sua institucionalização, sobretudo quando o grau de dependência é acentuado.

Viver numa instituição de longa permanência não é necessariamente uma experiência negativa, no entanto viver por longos períodos sem companhia de parentes ou de pessoas amigas predispõe ao isolamento, à solidão e à eclosão de problemas físicos e mentais em particular. A maioria das instituições está centrada nos cuidados de higiene, saúde e alimentação, esquecendo muitas vezes a importância de se apostar também na saúde mental. Conclui-se portanto que, apesar das instituições de longa permanência visarem a salvaguarda das necessidades básicas e sociais dos seus clientes, muitas das vezes contribuem para o seu isolamento social, o que tem consequências ao nível do bem-estar subjetivo das pessoas.

Neste sentido, surgiu a preocupação com o nível de autoestima dos idosos do Lar Social do Arrabal uma vez que esta é o sentimento, o apreço e a consideração que a pessoa sente por si própria e, por sua vez, o processo de institucionalização e a diminuição das capacidades físicas/motoras do idoso poderiam ser fatores conducentes da diminuição da autoestima. Sendo esta um aspeto essencial na vida do idoso, representa uma das dimensões da personalidade que influencia o bem-estar do indivíduo e a sua adaptação ao mundo que o rodeia, o que se revela de extrema importância para o sucesso e a satisfação com a vida. Nos casos em que é possível observar uma diminuição das capacidades no idoso e simultaneamente, o mesmo apresenta essa dita visão negativista do envelhecimento, podemos verificar que é comum a diminuição da autoestima, desmotivação e isolamento social por parte do mesmo. Com esta inquietação em mente,

partiu-se então para a avaliação da autoestima a um grupo de idosos do Lar Social do Arrabal através da aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg.

Uma vez que a autoestima pode ser influenciada por diversos fatores, considerou-se pertinente avaliar o grau de dependência dos idosos do Lar Social do Arrabal através da aplicação da Escala de Barthel que avalia o nível de dependência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (controlo de esfíncteres, higiene pessoal, ir à casa de banho, alimentar-se, deslocações, mobilidade, vestir-se, subir e descer escadas e tomar banho), com o objetivo de perceber em que medida a autoestima é influenciada pelo grau de dependência do indivíduo.

Em relação à questão de investigação: Qual a relação entre a autoestima e o nível de autonomia/independência do idoso institucionalizado no Lar Social do Arrabal? Os resultados revelaram que ao nível da autonomia, os níveis grave e moderado são os níveis onde a amostra apresenta os valores mais baixos de autoestima e que os utentes independentes detêm a pontuação mais elevada na EAR o que leva a concluir que, nesta amostra, quanto maior o nível de dependência da pessoa, mais baixa é a sua autoestima.

Torna-se, assim, de extrema importância a integração das pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência no seio da comunidade em que se encontram e a adoção de programas de promoção de saúde que proporcionem atividades de estimulação sensorial, de estimulação das funções cognitivas, exercício físico e atividades de vida diária. Desta forma, e respondendo à segunda questão de investigação, considerou-se importante construir um artefacto, sob a forma de brochura, de suporte ao cuidador. Nesta constam diversas atividades de cariz interventivo abordando diferentes áreas como a intervenção psicológica, com o objetivo de promover a estimulação cognitiva, dotar os idosos de estratégias de *coping* para lidar com a diminuição da sua autonomia e com as alterações do seu corpo inerentes à idade, promovendo a adaptação ao contexto institucional e aumentando a interação grupal. A estimulação da mobilidade física é também uma das áreas de intervenção, para que seja possível dotar o idoso de capacidades que diminuam ou retardem o seu nível de dependência.

Apesar dos cuidados metodológicos que foram tidos na realização deste trabalho, há limitações que devem ser referidas. A dimensão temporal não permitiu conclusões mais aprofundadas quanto ao benefício da intervenção com as atividades contempladas na brochura de suporte ao cuidador, elaborada neste trabalho de projeto, de modo a verificar a existência de mudanças na população-alvo. Ressalvamos a necessidade de uma intervenção psicológica mais prolongada no tempo, principalmente para combater o isolamento e a dependência, promover a interação entre os utentes de lares e centros de dia e desconstruir junto dos mesmos, ideias pré-concebidas que estão muito enraizadas. Assim, consideramos que seria útil a inclusão de outros temas a serem trabalhados com os idosos (família, religião, sonhos e desejos, projeção no futuro, ...) que permitiriam continuar a trabalhar as competências dos mesmos, fomentando o seu envelhecimento ativo.

Outra limitação prendeu-se com a falta de adesão ao estudo por parte dos utentes do Lar Social do Arrabal, com as capacidades mentais preservadas. Enquanto investigadora, este facto levou-nos a refletir sobre o perfil de alguns utentes institucionalizados e a sua falta de motivação e abertura a novas experiências, o que se revelou, simultaneamente, um desafio para trabalhos futuros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, H. (1998). *Satisfação com a imagem corporal, auto-estima e actividade física. Estudo comparativo em indivíduos de ambos os sexos, dos 45 aos 65 anos*. Dissertação de Mestrado. FCDEF-UP, Universidade do Porto.
- Andrade, E. R., Sousa, E. R., & Minayo, M. C. S. (2009). Intervenção visando a autoestima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 275-285.
- Aranha, V. C. (2004). Envelhecimento e saúde: aspectos psicológicos. *Revista Racine*, São Paulo, 14, 50-58
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2) 59-66.
- Araújo, L. F. (2006). *Representações Sociais da Velhice: Um estudo comparativo entre idosos de instituições de longa permanência e grupos de convivências*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Psicologia, João Pessoa.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (1997). A systemic-holistic view of psychological functioning in very old age: Introduction to a collection of articles from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 12 (3), 395-409.
- Baranik, L. E., Meade, A. W., Lakey, C. E., Lance, C. E., Hu, C., Hua, W., & Michalos, A. (2008). Examining the differential item functioning of the Rosenberg self-esteem scale across eight countries. *Journal of Applied Social Psychology*, 38, 1867-1904.
- Bernard, J. A. (2008). *El bienestar psicológico de las personas mayores. Programa de aprendizaje para la tercera edad*. España: Hergué Editorial.

- Born, T. & Boechat, N. S. A. (2002). Qualidade dos Cuidados ao Idoso Institucionalizado. In: Freitas, E. V.; Py, L.; Neri, A. L.; Cançado, F. A. X.; Gorzoni, M. L. & Rocha, S. M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 768-777.
- Bottino, C., Carvalho, I., Alvarez A. M., Ávila, R., Zukauskas, P. R., Bustamante, S., Andrade, F. C., Hototian, S. R., Saffi F., & Camargo, C. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doenças de Alzheimer. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60, 70-79.
- Cabral, V. M., Ferreira, M. P., Jerónimo, P., Marques, T. & Silva, A. P. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Campos, A. (2009). Intervenções Psicológicas para pessoas idosas. Acedido em 10 de Janeiro de 2015 em <http://www.sobrap.org.br/wp-content/uploads/2009/07/microsoft-wordintervencoes-psicologicas-p-pessoas-idosas-ana-campos-ago2009.pdf>
- Cancela, D. M. G. (2007). *O Processo de Envelhecimento*. Porto: Universidade Lusíada do Porto.
- Cardoso, A. S. A., Japiassú, A. T., Cardoso, L. S. A., & Levandoski, G. (2007). O processo de envelhecimento do sistema nervoso e possíveis influências da atividade física. *Publ. UEPG Ciências Biológicas e da Saúde*, 13 (3/4), 29-44.
- Costa, A. (2005). *A depressão nas pessoas idosas portuguesas*. In Paúl, M. C. e Fonseca, M. A. (coord.). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 159-176). Lisboa: Climepsi Editores
- Cozinheiro, S. (2009). Uma Reflexão sobre a identidade do idoso. In Margarido C., M. Mendes & Vieira, R. *Diferenças Desigualdades Exclusões e Inclusões* (pp. 119-132). Porto: Edições Afrontamento.

- Diestre, G. & Vilarmau, M. T. (2000). Evolución de la capacidad funcional y características de los pacientes ingresados en la unidad de convalecencia y rehabilitación (UCR). *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*. 10 (1), 26-32.
- Drago, S. M. M. & Martins, R. M. L. (2012). A depressão no idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro), 79-94.
- Duarte, Y. A. O., Andrade, C. L., & Lebrão, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola Enfermagem da USP*, 41 (2), 317-325.
- Espítia, A. Z., & Martins, J. J. (2006). Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: Encontros e desencontros. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35 (1), 52-59.
- Fechine, B. R. A. & Tompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace, Revista Científica Internacional*, 20 (1), 106-194.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Quarteto Editora. Coimbra. Lisboa.
- Ferrín, P. S. (2005). Unidades de convalecencia. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*. 15 (1), 13-15.
- Fonseca, M. A. (2005). *Envelhecimento Bem-Sucedido*. In Paúl, M. C. e Fonseca, M. A. (coord.). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 21-41). (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação - da concepção à realização* (3ª ed., pp. 388). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Prud'homme-Brisson, D., & Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Noções de Ética em Investigação. In M.-F. Fortin (Ed.), *O Processo de Investigação – da concepção à realização* (3 ed.). Loures: Lusociência.

- Fox, K. R. (1997). The physical self and processes in self-esteem development. In Fox, K. R. (Editor), *The Physical Self: From Motivation to Well-Being* (pp.111-139). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Galinha, I. & Pais Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6 (2), 203-214.
- Garcia, J. L., Glitz, N. B., Cestaro, P., Paz, S. L., Dias, T. S., & Braz, L. (2009). A influência da dança na qualidade de vida dos idosos. *Revista Digital – Buenos Aires*, 14 (139), 1-1. Acedido em 4 de Janeiro em <http://www.efdeportes.com/efd139/a-danca-na-qualidade-devida-dos-idosos.htm>.
- Giro, A., & Paúl, C. (2013). Envelhecimento Sensorial, Declínio Cognitivo e Qualidade de Vida no Idoso com Demência. *Actas de Gerontologia* 1 (1), 1-10.
- Goffman, E. (2001). *Manicômios, Prisões e Conventos*. (7ª Ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Goyaz, M. (2003). Vida ativa na melhor idade. *Revista da Universidade Federal de Goiás*, 5 (2), 1-5.
- Grippio, K. P., & Hill, M. S. (2008). Self-objectification, habitual body monitoring, and body dissatisfaction in older European American women: Exploring age and feminism as moderators. *Body Image*, 5, 173-182.
- Herédia, V. B. M., Cortelletti, I. A. & Casara, M. B. (2004). *Institucionalização do Idoso: identidade e realidade*. In Cortelletti, I. A., Casara, M. B. e Herédia, V. B. M., *Idoso asilado: um estudo gerontológico* (pp. 63-83). Caxias do Sul, RS: Educs/Edipucrs.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (pp. 840) (4ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Huot, R. (2002). *Métodos quantitativos para as ciências humanas* (tradução de Maria Luísa Figueiredo). Lisboa: Instituto Piaget.

- Indicadores de envelhecimento segundo os Censos. In: PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo. Acedido em 5 de dezembro de 2013 em <http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>*
- INE. (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas.*
- INE. (2011). *Anuário Estatístico de Portugal 2010.* Acedido em 23 de Novembro em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUEdest_boui=107965716&DESTAQUESmodo=2.
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos.* Âmbar. Porto.
- León-Arcila, R., Milián-Suazo, F., Camacho-Calderón, N., Arévalo-Cedano, R. E., & Escartín-Chávez, M. (2009). Risk factors for cognitive and functional impairment in the elderly. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 47(3), 277-284.
- Lima, M. P. (2004). *Posso participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos.* Ambar. Porto.
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal.* 14, 61-65.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso.* Coimbra: Quarteto Editora.
- Medeiros, T. (2012). *Repensar a pessoa idosa no século XXI.* Ponta Delgada: Direção Regional da Ciência.
- Meneses, H., Barradas, S., & Bezerra, P. (2012). *Dinâmica de grupo e a sua contribuição para a qualidade de vida na terceira idade.* Acedido em 10 de Janeiro de 2015 em <https://psicologado.com/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/dinamica-de-grupo-e-sua-contribuicao-para-a-qualidade-de-vida-na-terceira-idade>

- Miguel, M. E. G.B., Pinto, M.E.B. & Marcon, S.S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9 (3), 784-795.
- Monteiro, M. (2009). *A Metodologia de Trabalho de Projecto*. Área de Projecto, Guia do Aluno. Porto Editora
- Moragas, R. M. (1997). *Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida*. São Paulo: Paulinas.
- Morais, A. M. & Neves, I. P. (2007). Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. *Revista Portuguesa de Educação*. 20 (2), 75-104. Universidade do Minho.
- Neto, M. J. & Corte-Real, J. (s/d). *A Pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada- Instituto Universitário (ISPA-IU). Acedido em 18 de novembro de 2014 em <http://www.spgg.com.pt/UserFiles/file/A%20pessoa%20idosa%20institucionalizada.pdf>
- Neri, A. L. (2007). *Qualidade de vida na velhice. Enfoque multidisciplinar*. Campinas: Editora Alínea.
- Novo, R. F. (2003). *Para Além da Eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian: Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Basília. Acedido em 20 de dezembro de 2014 em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Paixão, C. M. & Rechenheim, M. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional dos idosos. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 21(1), 7-19.

- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. (2005). *A construção de um modelo de envelhecimento humano*. In Paúl, M. C. e Fonseca, M. A. (coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 21-41). (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, C. S. (2012). *Envelhecimento e bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar: um estudo nas ilhas das Flores e do Corvo*. Dissertação de Mestrado. Universidade dos Açores.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na Família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Plano Nacional de Saúde 2004-2010: orientações estratégicas. Vol. 2. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Preti, Dino (1991). *A linguagem dos idosos*. São Paulo: Contexto
- Queroz, N. C. & NERI, A.L. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 292-299.
- Reis, E. (1996). *Estatística descritiva*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel
- Rodrigues, D. M. & Pereira, C. A. A. (2007). A percepção de controle como fonte de bem-estar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7 (3), 181-196.
- Rodrigues, J. P. S. (2012). *Declínio funcional cognitivo e risco de quedas em doentes idosos internados*. Trabalho de Projeto. Escola Superior de Saúde de Bragança, Bragança.

- Romano, A., Negreiros, J. & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes na região interior norte do país. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (1), 107-114.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton: Princeton University Press.
- Ruibyté, L. (2007). Relationship between individual attributional style, self-esteem, locus of control and academic achievement of vytautas magnus university students. *Ugdymas, Kûno Kultûra Sportas*, 4, 71-78.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Santana, I. O. & Coutinho, M. P. L. (2005). *Representações Sociais da Depressão: idosos em contexto institucional*. In Coutinho, M. P. L. e Saldanha, A. A. W., *Representação Social e Práticas de Pesquisa* (pp. 107-134). João Pessoa, Ed. Universitária, UFPB.
- Santos, P. F. C. (2002). *A depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. (2ª ed). Lisboa: Quarteto Editora.
- Schieman, S. & Campbell, J.E. (2001). Age Variations in Personal Agency and Self-Esteem: The Context of Physical Disability. *Journal of Aging and Health*, 13, 155-185.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Shepard, R. J. (1997). *Envelhecimento, Actividade física e saúde* (pp. 485). São Paulo: Phorte.

- Simões, A. (2006). *A nova velhice: um novo público a educar*. Porto: Âmbar.
- Siqueira, M. M. M. & Padovan, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-109.
- Sousa, F. A. (2008). *Depressão e actividades de vida diária no idoso*. Dissertação de Mestrado. SACS, Aveiro.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia prático Climepsi de psiquiatria geriátrica* (pp. 288). Lisboa: Climepsi editors.
- Spence, J. C., McGannon, K. R., & Poon, P. (2005). The Effect of Exercise on Global Self-Esteem: A Quantitative Review. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 27, 311-334.
- Sulter, G., Steen, C. & Keyser, J. (1999). Use of the Barthel index and ranking scale in acute stroke trials. *Stroke*. 30 (8), 1538-1541.
- Vieira, E. B. (2003). *Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso* (1ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Wade, D. T. & Collin, C. (1988). The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *Introduction Disabilities Studies*. 10 (2), 64-67.

ANEXOS

ANEXO I

Brochura de boas práticas de suporte ao cuidador



QUALIDADES E DEFEITOS

Nesta atividade entrega-se um pedaço de papel a cada participante e pede-se que desenhem a sua mão direita e a mão esquerda. Em cada dedo da mão direita deve escrever-se uma qualidade e na mão esquerda os defeitos. O dinamizador dá o tempo necessário para que os participantes conclua a tarefa. Por fim discute-se de acordo com o que cada um escreveu, concluindo que é mais fácil falar das características dos outros do que de nós mesmos e encerra dizendo que todos nós possuímos qualidades e defeitos, porém temos que respeitar as características de cada um e priorizar as nossas qualidades.

Atividades rápidas e fáceis:

- Completar provérbios populares;
- Descoberta de diferenças entre um conjunto de imagens apresentadas (alusivas ao Carnaval, Natal, Páscoa ou outro tema sugerido pelos participantes);
- Criação de histórias por parte dos utentes, alusivas a épocas festivas, sendo que cada um deverá apenas dizer uma frase;
- Realização de adivinhas, em pequenos grupos e por cada resposta correta, os participantes ganham 1 ponto;
- Jogos de dados, elaborados em papel pelos idosos, os quais devem conter as letras do alfabeto para que cada participante refira um nome, objeto, animal, país ou cidade a partir dessas letras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bottino, C., Carvalho, I., Alvarez A. M., Ávila, R., Zukauskas, P. R., Bustamante, S., Andrade, F. C., Hototian, S. R., Saffi F., & Camargo, C. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doenças de Alzheimer. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60, 70-79.

Goyaz, M. (2003). Vida ativa na melhor idade. *Revista da Universidade Federal de Goiás*, 5 (2), 1-5.

Cardoso, A. S. A., Japiassú, A. T., Cardoso, L. S. A., & Levandoski, G. (2007). O processo de envelhecimento do sistema nervoso e possíveis influências da atividade física. *Publ. UEPG Ciências Biológicas e da Saúde*, 13 (3/4), 29-44.

Ativa
Mente



BROCHURA DE BOAS PRÁTICAS

DE SUPORTE AO CUIDADOR



NOTA DE BOAS-VINDAS

BEMVINDO À BROCHURA DE BOAS PRÁTICAS DE SUPORTE AO CUIDADOR!

Pretende-se que sejam desenvolvidas diversas atividades no sentido de se preservar/promover as capacidades físicas e cognitivas do idoso, estimulando a sua autonomia, autoconfiança e autoestima.

OBJETIVOS:

- FOMENTAR UM ENVELHECIMENTO POSITIVO E BEM-ESTAR INDIVIDUAL;
- ESTIMULAR AS CAPACIDADES COGNITIVAS;
- ESTIMULAR A MOBILIDADE FÍSICA;
- FORTALECER AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS.



Para o ser humano, a imagem corporal desempenha um papel importante na consciência de si mesmo. A imagem corporal é tanto a imagem mental quanto a percepção, se a percepção do corpo é positiva a autoimagem será positiva, e se há satisfação com a imagem do seu corpo, a autoestima será melhor. A imagem do corpo pode ser modificada pela prática de atividades físicas como a ginástica, danças entre outras que modificam a postura corporal. As atividades físicas e o lazer são eficientes para modificar a imagem corporal e diminuir a rigidez da forma física.

intervenções práticas que positivam a autoestima

DESAFIO DE OBSTÁCULOS

Superar o medo e a adversidade é fundamental na construção da autoconfiança e, além disso, pode também encorajar a persistência e a força de vontade do grupo. Assim, faça atividades com obstáculos controlados para ajudá-los a compreender que é possível superar os desafios. Pode, por exemplo, pedir para passar por um muro ou um terreno difícil. Observar o grupo cuidadosamente é essencial para conhecer os seus medos, tornando a atividade ainda mais benéfica.

INTERAÇÃO EM GRUPO

Atividades de interação em grupo podem encorajar os participantes a ganhar autoestima. Isto funciona tanto para aqueles que fornecem soluções quanto para os que seguem as orientações dos outros. Resolva problemas de confiança usando atividades ao ar livre divertidas e explique aos participantes a importância de fazer-se ouvir. Peça aos participantes para pensar em casos específicos que os fizeram sentir-se "pequenos" ou "fracos". Discuta alguns desses casos em conjunto, certificando-se de incluir também suas próprias experiências. Para uma demonstração instrutiva, solicite um voluntário, avisando que essa pessoa não poderá ter medo de expor seu ponto de vista aos outros e que, para ter sucesso na atividade, ela deverá apenas se fazer ouvir.



COGNIÇÃO

Para estimular a cognição pode por exemplo pedir ao grupo que se divida em dois, ficando uma fila de frente para a outra. Peça para que se observem por 2 minutos, e depois para que se virem de costas e mudarem 3 coisas em si mesmos. Por fim voltam-se outra vez uns para os outros e tentam descobrir o que foi mudado estimulando assim a atenção e concentração.

RELAÇÃO

A relação pode ser estimulada com a realização de diversas atividades em grupo que estimulam a comunicação e o convívio entre os participantes, como a realização de jogos, peças de teatro e dança.

AUTONOMIA/INDEPENDÊNCIA

De forma a promover a independência, podem ser sugeridos exercícios com bolas ou pesos, de 10 a 15 repetições cada, com o objetivo de promover os principais grupos musculares (pernas, braços e abdômen) que são utilizados na realização das AVD's.



A "BENGALA" PARA UM ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL.

ANEXO II

Escala de Barthel

Escala de Barthel

Nome do utente: _____

Data da avaliação: __/__/__

Pontuação obtida: _____

Evacuar

- 0= Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);
- 1= Acidente ocasional (uma vez por semana);
- 2= Contigente

Urinar

- 0= Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);
- 1= Acidente ocasional (uma vez por semana);
- 2= Contigente

Higiene Pessoal

- 0= Necessita de ajuda com o cuidado pessoal;
- 1= Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos);

Ir à casa de banho

- 0= Dependente;
- 1= Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho;
- 2= Independente

Alimentar-se

- 0= Incapaz;
- 1= Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc.;
- 2= Independente (a comida é providenciada)

Deslocações

- 0= Incapaz- não tem equilíbrio ao sentar-se;
- 1= Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se;
- 2= Pequena ajuda (verbal ou física);
- 3= Independente

Mobilidade

- 0= Imobilizado;
- 1= Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.;
- 2= Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física);
- 3= Independente (alguns têm ajuda de uma bengala)

Vestir-se

- 0= Dependente;
- 1= Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda;
- 2= Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

- 0= Incapaz;
- 1= Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda a fazer carga);
- 2= Independente para subir e descer

Tomar banho

- 0= Dependente;
- 1= Independente (ou no chuveiro)

Classificação:

- 0 – 04 - Muito grave
- 05-09 – Grave
- 10-14 – Moderado
- 15-19 – Ligeiro
- 20 - Independente

ANEXO III

Escala de Autoestima de Rosenberg

Escala de Autoestima de Rosenberg

Nome do utente: _____

Data da avaliação: __/__/__

Pontuação obtida: _____

	Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente
Em geral, estou satisfeito comigo próprio.	4	3	2	1
Às vezes, acho que não sirvo para nada.	1	2	3	4
Sinto que tenho um bom número de boas qualidades.	4	3	2	1
Sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas.	4	3	2	1
Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	1	2	3	4
Por vezes, sinto-me de facto inútil.	1	2	3	4
Sinto que sou uma pessoa de valor, igual às outras pessoas.	4	3	2	1
Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo.	1	2	3	4
Em termos gerais, inclino-me a achar que sou um falhado.	1	2	3	4
Adoto uma atitude positiva perante mim próprio.	4	3	2	1

ANEXO IV

Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Ana Teresa Brites Gonçalves, aluna do 2ºano do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo, do Instituto Politécnico de Leiria (Escola Superior de Saúde e Escola Superior de Educação e Ciências Sociais), estou a desenvolver um estudo que será a base do meu trabalho de final de curso com vista à obtenção do grau de Mestre.

A investigação tem como tema “Bem-estar subjetivo de idosos institucionalizados - da construção da autonomia à construção da autoestima.”. Pretende-se compreender se a funcionalidade da pessoa idosa afeta de alguma forma a sua autoestima bem como o seu bem-estar subjetivo.

A colheita de dados será realizada através da aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg e da Escala de Barthel.

A sua participação no estudo é voluntária, assim sendo tem a liberdade de recusar participar no estudo. As informações obtidas serão tratadas de forma anónima e serão usadas exclusivamente para os objetivos do estudo. Solicito então o seu consentimento em participar na referida pesquisa.

Agradeço a sua colaboração.

Leiria, ___ de _____ de ____.

(Assinatura do investigador)

Eu _____ declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo investigador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar no presente estudo.

Leiria, ___ de _____ de ____.

(Assinatura do inquirido)