

A QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA EM LARES

António José Pereira dos Santos Almeida¹

Vitor Manuel Costa Pereira Rodrigues²

Trata-se de estudo do tipo descritivo e transversal, englobando amostra com 93 idosos, divididos por quatro instituições do Concelho de Lamego (Portugal), com o objetivo de conhecer a qualidade de vida, e fatores que a influenciam, e identificar o grau de dependência nas atividades básicas da vida diária. Na recolha de dados utilizou-se: i) formulário bio-relacional do idoso, ii) a grelha de avaliação da qualidade de vida do idoso e iii) o índice de Katz. Das pessoas idosas institucionalizadas, 51,6% referem se incluir no grupo com qualidade de vida, existindo correlação positiva entre o índice de Katz e o índice de qualidade de vida do idoso institucionalizado. O índice de qualidade de vida não difere em função do sexo, estado civil, nível de instrução e da existência de dor da pessoa idosa institucionalizada.

DESCRITORES: idoso; instituição de longa permanência para idosos; qualidade de vida

THE QUALITY OF LIFE OF AGED PEOPLE LIVING IN HOMES FOR THE AGED

This is a descriptive cross-sectional study. The sample consisted of 93 aged people, divided among four institutions in the municipality of Lamego (Portugal). The purpose of this study was to investigate the quality of life of the sample and the factors affecting it, and identify the degree of dependence in basic daily living activities. The data was collected using the following: i) a bio-relational questionnaire, ii) a quality of life evaluation scale, and iii) the Katz Index. In terms of the quality of life of the institutionalized aged people, 51.6% include themselves in the group with quality of life, and it was observed there was a positive correlation between the Katz index and the quality of life index in the institutionalized aged people. There were no differences in the quality of life index regarding gender, marital status, degree of education, and the presence of pain in the institutionalized aged people.

DESCRIPTORS: aged; homes for the aged; quality of life

LA CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA DE EDAD AVANZADA INSTITUCIONALIZADA EN HOGARES DE ANCIANOS

Se trata de un estudio del tipo descriptivo y transversal, englobando una muestra con 93 ancianos, divididos en cuatro instituciones del Concejo de Lamego (Portugal), con el objetivo de conocer la calidad de vida, y los factores que la influyen, e identificar el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. En la recolección de los datos se utilizó: i) formulario bio-relacional del anciano, ii) la planilla de evaluación de la calidad de vida del anciano, y iii) el índice de Katz. De las personas ancianas institucionalizadas, 51,6% están incluidas en el grupo con calidad de vida, existiendo una correlación positiva entre el índice de Katz y el índice de calidad de vida del anciano institucionalizado. El índice de calidad de vida no cambia en función del sexo, del estado civil, del nivel de instrucción y de la existencia de dolor de la persona anciana institucionalizada.

DESCRIPTORES: anciano; hogares para ancianos; calidad de vida

¹Assistente na Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal; Mestrando na Universidade do Porto, Portugal, e-mail: ajalmeida@utad.pt; ²Doutor, Professor da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal, e-mail: vmcpr@utad.pt.

INTRODUÇÃO

São inequívocos os dados reveladores de que a população mundial está a envelhecer⁽¹⁾. No entanto, este processo não se desenrola em todos os países do mundo da mesma forma, atingindo valores percentuais mais dramáticos nos chamados países desenvolvidos, apesar da existência de um maior número de idosos nos países em vias de desenvolvimento⁽²⁾. As causas deste envelhecimento são consensuais entre os especialistas e instituições que se debruçam sobre estas temáticas e assentam sobretudo em três factores⁽³⁻⁴⁾: diminuição da fecundidade, evolução tecnológica com o conseqüente aumento a nível da esperança de vida e saldos migratórios⁽⁵⁾. Efectivamente em Portugal, a situação não é muito diferente daquela que se verifica nos restantes países desenvolvidos, e embora o envelhecimento populacional tenha acontecido mais tardiamente, a sua evolução foi mais rápida. As previsões apontam para que Portugal, em 2050, seja o quarto país com maior percentagem de idosos a nível da União Europeia⁽⁶⁾. Na verdade, também no nosso país, o envelhecimento da população (a nível geográfico) não se processou uniformemente, verificando-se - quando considerados os dados do continente - que a região norte, em 2005, era aquela que apresentava um índice mais baixo de envelhecimento (90,9). Apesar de tudo, este índice aumenta nalgumas das sub-regiões que a integram, nomeadamente na sub-região do Douro (142,8), à qual pertence o concelho de Lamego (115,8). Convém referir que, tal como habitualmente acontece em todas as grandes transformações que ocorrem a nível mundial, por vezes, a sociedade revela-se pouco preparada para as enfrentar, demorando algum tempo a adaptar-se e a encetar medidas tendentes a controlar e minimizar os efeitos provocados pelas transformações supra-referidas. Com efeito, é do conhecimento geral a frequência com que se ouve falar de algumas dessas situações de difícil adaptação ou de difícil resposta às novas solicitações, como é o caso da⁽⁷⁾: i) dificuldade a nível dos sistemas de saúde para suportar os encargos relacionados de uma população cada vez mais envelhecida e carente de cuidados; ii) acumulação de patologias crónicas, devido ao facto dos idosos viverem cada vez mais tempo e iii) a questão da viabilidade financeira dos sistemas de

segurança social, nomeadamente no que diz respeito ao pagamento das pensões de reforma, pelo facto de serem cada vez menos os contribuintes.

É ainda de sinalizar que muitas vezes os governos não providenciaram a adopção de medidas para fazer face a esta realidade, até porque a linha de acção visa, na maior parte dos casos, remediar os problemas dos idosos, em vez de existir uma política de detecção precoce de resolução dos mesmos. Efectivamente, será também em conseqüência deste facto, que nos apercebemos de que os apoios sociais disponíveis para os idosos são poucos, e muitas vezes, de qualidade duvidosa, como é o caso de alguns lares de terceira idade. Estamos conscientes de que este apoio social deve ser encarado somente como último recurso⁽⁸⁾. De qualquer forma, estas instituições precisam pugnar pela prestação de serviços de qualidade e sabe-se que nem sempre tal aconteceu e que, infelizmente, ainda não acontece como seria desejável, nos nossos dias. E, realmente, a história destas instituições revela-nos, frequentemente, um passado muito negro e deveras desprestigiante. É comumente conhecido o facto do seu objectivo consistir, muitas vezes, em assegurar as condições mínimas de sobrevivência a quem delas necessitava⁽⁹⁾.

Cada vez mais, o idoso é encarado como uma pessoa, que tem direito a viver num ambiente favorável, devendo assumir responsabilidades no decorrer da sua própria velhice. Aliás, as capacidades dos idosos deveriam ser devidamente reconhecidas e estimuladas, aproveitando "os seus poderes" e o seu manancial de conhecimentos, de experiências e de vivências, possibilitando-lhes mesmo uma intervenção na dinâmica da gestão dos lares de terceira idade⁽¹⁰⁾. A importância do ambiente institucional na qualidade do processo de envelhecimento, que é proporcionado a esta faixa etária da nossa população, deverá necessariamente corresponder às exigências e solicitações, de modo a actuar como processo facilitador do envelhecimento⁽¹¹⁾. É óbvio que não estão em causa somente os aspectos físicos desse ambiente, importantes sem dúvida, mas sim todas as variáveis constitutivas do mesmo. Assim, o ambiente deverá ser estimulante, de forma a proporcionar um conjunto de experiências que permitam à pessoa idosa manter-se activa sob todos os pontos de vista, objectivando a que o processo de envelhecimento possa ser, de

alguma forma, retardado, tendo sempre em vista contribuir para uma melhor qualidade de vida. Realmente, seria na verdade incompreensível que, sendo o aumento da esperança de vida e da longevidade um desiderato de todos os países do mundo, posteriormente não fossem envidados todos os esforços necessários para que o aumento do número de anos de vida não fosse acompanhado pelo objectivo de dar mais vida aos anos, mas vida com qualidade. Como resultado de todas as considerações aqui transcritas, emerge a grande questão de investigação deste estudo: qual será a qualidade de vida dos idosos institucionalizados em lares de terceira idade do concelho de Lamego?

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo exploratório, descritivo e transversal. A população foi constituída por todos os idosos institucionalizados em lares de terceira idade do Concelho de Lamego (N=183). A partir daqui foram seleccionados todos os idosos institucionalizados, desde que obedecessem ao critério de estarem conscientes e orientados no tempo e no espaço. A nossa amostra ficou assim delimitada a 93 pessoas idosas (50,8% da população total). Como instrumentos de recolha de dados foram utilizados: i) um Formulário bio-relacional do idoso constituído por 14 questões, tendo em vista a caracterização de aspectos sócio- demográficos e de relacionamento com a família, com os outros idosos, e com os funcionários; ii) a Grelha de avaliação da qualidade de vida do idoso da Direcção Geral da Saúde⁽¹²⁾, a qual apresenta sete componentes (isolamento/comunicação afectiva e social, mobilidade, actividades de vida diária, actividade ocupacional, actividade lúdica, relação familiar, recursos económicos). Cada componente é dividido em classes, atribuindo-se pontuações que podem ir de zero (0) a oito (8), variando o índice de qualidade de vida entre os 3 e os 50 pontos, considerando-se existir qualidade de vida para valores iguais ou superiores a 23 pontos; iii) o Índice de Katz para avaliar o desempenho dos idosos nas actividades de vida diária (banho, vestir-se, utilização do wc, mobilidade, continência, alimentação). As alternativas de resposta a cada um destes seis itens são: dependente e independente, sendo atribuído a cada resposta 0 e 1 pontos respectivamente. O

resultado final pode ir de 0 a 6 pontos, podendo as pessoas idosas serem englobadas em três grupos distintos (0-2 pontos – dependência importante; 3-4 pontos – dependência parcial; 5-6 pontos – independência). Relativamente aos procedimentos éticos, foi efectuado o pedido por escrito a todas as Instituições envolvidas, tendo havido uma reunião prévia com todos os responsáveis das instituições, com vista a informar acerca dos objectivos do estudo, assim como da garantia do anonimato das instituições aquando da apresentação e discussão dos resultados. Foi também explicado aos idosos que a sua participação neste estudo era de carácter voluntário e que os dados recolhidos eram anónimos e confidenciais. A recolha dos dados junto dos idosos foi efectuada individualmente, num gabinete disponibilizado para o efeito e sempre na presença do autor do estudo. No que diz respeito ao tratamento dos dados recorreremos inicialmente à análise univariada (estatística descritiva), através das frequências absolutas, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão) e, para o teste de hipóteses, e devido ao facto da nossa amostra incluir poucos elementos e não seguir uma distribuição normal, recorreremos ao teste de Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e Coeficiente de Correlação Ró de Spearman.

RESULTADOS

Através da análise da tabela 1, podemos verificar que é notória a maior percentagem de pessoas idosas do sexo feminino, destacando-se a instituição 1 com 82,1%. A menor percentagem corresponde à instituição 2 com 71,0% de pessoas idosas do sexo feminino. Assim, em relação à amostra total, o sexo feminino representa 75,3% das pessoas idosas institucionalizadas. Quando considerados os dados totais, constatamos que a maior percentagem (59,1%) de pessoas idosas se situa no grupo etário dos 75-84 anos. Ao individualizarmos mais os dados, observamos uma maior distribuição no grupo etário dos 75-84 em todas as instituições, atingindo o pico máximo na instituição 4, com 85,7%, e o pico mínimo na instituição 1, com 50,0%. É de realçar que na instituição 1, a percentagem de idosos dos 85-94 é superior à dos idosos dos 65-74, respectivamente com 35,7% e 14,3%, não se verificando este facto

em mais nenhuma situação, passando assim o grupo etário dos 65-74 a estar em igualdade, num caso, ou com maior percentagem, nas duas outras instituições. A percentagem de pessoas idosas viúvas atingem a

maior percentagem em todas as instituições, com o seu pico máximo na instituição 4 com 71,4%. Os dados da amostra total apontam o estado civil viúvo como obtendo a maior percentagem (62,4%).

Tabela 1 - Dados gerais da amostra

	Instituição 1		Instituição 2		Instituição 3		Instituição 4		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo										
Masculino	5	17.9	9	29	7	25.9	2	28.6	23	24,7
Feminino	23	82.1	22	71	20	74.1	5	71.4	70	75,3
Idade										
65-74	4	14.3	5	16.1	7	25.9	1	14.3	17	18,3
75-84	14	50	21	67.8	14	51.9	6	85.7	55	59,1
85-94	10	35.7	5	16.1	6	22.2	0	0	21	22,6
Estado civil										
Casado	2	7.1	2	6.5	2	7.4	0	0	6	6,4
Solteiro	9	32.2	10	32.2	4	14.8	1	14.3	24	25,8
Divorciado	0	0	2	6.5	2	7.4	1	14.3	5	5,4
Viúvo	17	60.7	17	54.8	19	70.4	5	71.4	58	62,4
Total	28	100	31	100	27	100	7	100	93	100

Quando perguntámos aos idosos de quem partiu a ideia para a institucionalização, verificámos que em 46,2 % foi ideia dos idosos, seguindo-se a iniciativa por parte dos filhos com 30,1 %. Relativamente ao motivo da decisão supra-referida, podemos constatar que são de vária ordem as razões que levaram as pessoas idosas a recorrer a este apoio social, sendo que a principal foi a solidão, com 49,4%. As justificações seguintes com maior percentagem têm a ver com motivos de saúde (21,4%) e motivos de saúde e solidão, com 12,9%. O naipe de actividades referidas para passar o dia é bastante limitado, constatando-se que 91,4% dos idosos afirma que utiliza a conversação com outras pessoas como forma de passar o dia.

Pela análise da Tabela 2 podemos constatar que nas Instituições 1 e 2 - 53,6% e 54,8% dos idosos, respectivamente, referem incluir-se dentro do grupo com qualidade de vida, enquanto que nas Instituições 3 e 4 - 51,9% e 57,1% dos idosos referem incluir-se dentro do grupo sem qualidade de vida. Em termos de resultados globais, 51,6% dos idosos institucionalizados referem enquadrar-se no grupo com qualidade de vida, enquanto 48,4% são de opinião contrária.

Tabela 2 - Índice de qualidade de vida do idoso

	Instituição 1		Instituição 2		Instituição 3		Instituição 4		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem qualidade	13	46.4	14	45.2	14	51.9	4	57.1	45	48.4
Com qualidade	15	53.6	17	54.8	13	48.1	3	42.9	48	51.6
Total	28	100	31	100	27	100	7	100	93	100

Quando relacionamos o Índice de qualidade de vida com o sexo dos idosos por Lar de proveniência (Tabela 3), chegamos à conclusão de que a maior percentagem dos idosos do sexo masculino, de praticamente todas as Instituições, estão inseridos no grupo com qualidade de vida. A excepção verifica-se na instituição 1, onde a percentagem de idosos que refere não se incluir dentro daquele grupo é superior (60,0%). Em termos totais da população masculina, constatamos que 65,2% enquadram-se no grupo com Qualidade de Vida, enquanto 34,8% referem pertencer ao grupo sem qualidade de vida. No que diz respeito ao sexo feminino, verificamos que a situação nas diferentes instituições é variável. Assim, enquanto na instituição 1, a maior percentagem refere enquadrar-se dentro do grupo com qualidade de vida

(56,5%), nas instituições 3 e 4, a maior percentagem de idosas diz-se incluída no grupo sem qualidade de vida (60,0% e 80,0% respectivamente). Na instituição 2 as percentagens equivalem-se (50,0%). Em termos gerais, podemos dizer que 52,9% das idosas enquadra-se no grupo com qualidade de vida, enquanto 47,1% enquadra-se no grupo sem qualidade de vida. Podemos então dizer que o índice de qualidade de vida do idoso institucionalizado não difere em função do sexo, uma vez que através do teste de Mann-Whitney, não existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,109$) entre o IQVI e o sexo, o mesmo acontecendo se individualizarmos as instituições (instituição 1, $p = 0,630$; Instituição 2, $p = 0,471$; Instituição 3, $p = 0,071$; Instituição 4, $p = 0,241$).

Tabela 3 - Índice de qualidade de vida por sexo e instituição de proveniência

Instituição	Sexo	Qualidade de vida			
		Sem qualidade		Com qualidade	
		N	%	N	%
Instituição 1	Masculino	3	60	2	40
	Feminino	10	43.5	13	56.5
Instituição 2	Masculino	3	33.3	6	66.7
	Feminino	11	50	11	50
Instituição 3	Masculino	2	28.6	5	71.4
	Feminino	12	60	8	40
Instituição 4	Masculino	0	0	2	100.0
	Feminino	4	80	1	20

Quanto ao índice de qualidade de vida por grupo etário, praticamente em todas as instituições, a percentagem de pessoas idosas que referem incluir-se no grupo sem qualidade de vida aumenta à medida que a idade vai avançando, o mesmo se verificando, mas em sentido inverso, na percentagem de idosos que referem integrar-se no grupo com qualidade de vida. Verificamos, então, que o índice de qualidade de vida do idoso institucionalizado difere em função do grupo etário, e segundo o teste de Kruskal-Wallis para a amostra total, existem diferenças significativas ($p = 0,042$) entre o grupo etário e a qualidade de vida. Atendendo ao estado civil das pessoas idosas institucionalizadas e em termos globais, verificamos que são as pessoas idosas viúvas que mais referem enquadrar-se no grupo sem qualidade de vida (51,7%), enquanto que no grupo com qualidade de vida são os idosos casados (66,7%). No entanto, e recorrendo ao teste de Kruskal-Wallis, em termos de

amostra total, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,418$), entre o estado civil e o índice de qualidade de vida do idoso. Através da análise da Tabela 4, podemos observar que, em todas as instituições, a maioria dos idosos é independente, sendo o valor mínimo de 50,0% na instituição 1 e o valor máximo de 74,1% na Instituição 3. Quanto à dependência parcial, podemos verificar que as percentagens variam entre os 22,2%, instituição 3, e os 42,9%, Instituições 1 e 4. Em relação ao grau de dependência importante, as percentagens variam entre os 0,0%, Instituição 4, e os 7,1%, na Instituição 1. Em resumo e no que diz respeito às percentagens totais da nossa população, é de realçar o facto de que 63,4% dos idosos institucionalizados são independentes, existindo apenas 4,3% dos idosos institucionalizados com dependência importante.

Tabela 4 - Índice de Katz dos idosos institucionalizados

Índice de Katz	Instituição 1		Instituição 2		Instituição 3		Instituição 4		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Independência	14	50	21	67.8	20	74.1	4	57.1	59
Dependência parcial	12	42.9	9	29	6	22.2	3	42.9	30	32.3
Dependência importante	2	7.1	1	3.2	1	3.7	0	0	4	4.3
Total	28	100	31	100	27	100	7	100	93	100

Relativamente ao Índice de Katz por sexo e instituição de proveniência, podemos assinalar que em todas as instituições predominam os homens e as mulheres independentes, excepto na instituição 4, no sexo feminino, em que se verifica que 60% delas apresentam dependência parcial (Tabela 5). A dependência parcial atinge valores percentuais mais elevados no sexo feminino em todas as instituições. No que diz respeito à dependência importante, nas instituições 1 e 2, as idosas são as únicas com este grau de dependência, com 8,7% e 4,5%. Na instituição 3, os idosos são os únicos com este grau de dependência com 14,3%, não existindo na instituição 4 nenhuma pessoa idosa com dependência importante. Do ponto de vista global, constatamos que a grande maioria dos idosos quer do sexo feminino quer do sexo masculino são independentes (58,6% e 78,3% respectivamente).

Tabela 5 - Índice de Katz por sexo e instituição de proveniência

Instituição	Sexo	Índice de Katz					
		Dependência importante		Dependência parcial		Independência	
		N	%	N	%	N	%
Instituição 1	Masculino	0	0	2	40	3	60
	Feminino	2	8.7	10	43.5	11	47.8
Instituição 2	Masculino	0	0	1	11.1	8	88.9
	Feminino	1	4.5	8	36.4	13	59.1
Instituição 3	Masculino	1	14.3	1	14.3	5	71.4
	Feminino	0	0	5	25	15	75
Instituição 4	Masculino	0	0	0	0	2	100
	Female	0	0	3	60	2	40

Relacionando o Índice de Katz com o grupo etário e instituição de proveniência, verificamos que, no grupo etário dos 65-74 anos, não encontramos nenhuma pessoa idosa com dependência importante, sendo que na maior parte das instituições predominam as pessoas idosas independentes. No grupo etário dos 75-84 anos, para além de referenciar-mos o aparecimento de dependência importante nas instituições 1 (14,3%) e 2 (4,8%), notamos que continuam a predominar as pessoas idosas independentes. No que diz respeito ao grupo etário dos 85-94 anos e nas duas primeiras instituições, predominam as pessoas idosas com dependência parcial, 60,0% e 80,0% respectivamente, enquanto na instituição 3 predominam as pessoas idosas independentes (50,0%). Podemos dizer que existe uma correlação positiva entre o índice de Katz e o índice de qualidade de vida do idoso institucionalizado, porque e recorrendo ao Coeficiente de Correlação Ró de Spearman's, os resultados encontrados traduzem-nos elevadas associações lineares positivas quer na amostra total ($r = 0,706^{**}$, para $p < 0.01$), quer quando consideradas as instituições separadamente (Instituição 1, $r = 0,727^{**}$, para $p < 0.01$); Instituição 2, $r = 0,751^{**}$, para $p < 0.01$); Instituição 3, $r = 0,698^{**}$, para $p < 0.01$), com excepção da Instituição 4, onde a associação, apesar de positiva, não atingiu significância ($r = 0,613$, $p = 0,072$).

DISCUSSÃO

Não constitui, de forma alguma, uma surpresa a predominância de pessoas idosas do sexo feminino

institucionalizadas (72,1%), uma vez que esse aspecto reflecte, de certo modo, os resultados gerais observados em relação a este grupo etário, até porque o facto de se pertencer ao sexo feminino constitui um factor de risco para a institucionalização⁽¹³⁾. Também a idade média (80,05 anos) da amostra do nosso estudo está em consonância com os resultados obtidos por Martins⁽¹⁴⁾, em que a média de idades dos idosos institucionalizados se situava nos 79,06 e 78,00 anos, respectivamente. A viuvez - e a solidão a ela associada -, constitui uma das causas prováveis para a institucionalização⁽⁷⁾. Consequentemente, não é de admirar que 62,4% das pessoas idosas sejam viúvas, constituindo o estado civil solteiro o segundo com maior percentagem (25,8%).

A institucionalização apresenta-se, frequentemente, como última alternativa para as pessoas idosas. Os resultados do nosso estudo revelam que a iniciativa para a institucionalização partiu das pessoas idosas (46,2%), seguindo-se a iniciativa por parte dos filhos, com 30,1%. Quando questionados acerca da causa da institucionalização, 77,7% das pessoas idosas referem que a decisão assentou em dois motivos principais: solidão e motivos de saúde. E, de facto, estes mesmos motivos são evocados por numerosos investigadores, como sendo as principais causas para a institucionalização^(7,13).

É evidente que, à medida que os anos avançam, a probabilidade de ocorrer algum problema físico aumenta. Como a nossa população apresenta uma média de idades superior a 70 anos, é natural que as consequências se façam sentir de uma forma mais premente. Em consequência do exposto, 83,9% das pessoas idosas referem ter algum problema de saúde. De realçar, também, o facto de 42,3% das pessoas idosas referir sofrer de mais do que uma patologia, habitualmente crónica, sendo também maior a possibilidade de se apresentar mais frágil. Acrescente-se ainda que, estas patologias, habitualmente, cursam com a presença de dor. Quando questionados acerca da sua existência, 55,9% das pessoas idosas mencionam que sentem dor. Efectivamente, são conhecidos os efeitos que a institucionalização pode provocar, a vários níveis, na pessoa idosa⁽¹⁵⁾. O facto de se manter ocupado pode, de alguma forma, evitar que o processo de envelhecimento se desenvolva de uma forma mais célere. Quando

questionados acerca destes aspectos, as pessoas idosas referiram um leque de actividades muito limitadas, destacando-se a conversação, com 91,4%, e em seguida o visionamento de televisão, com 78,5%.

Objectivando responder a uma das questões centrais do nosso estudo "qual a qualidade de vida dos idosos institucionalizados nos lares do concelho de Lamego?", chegamos à conclusão de que 51,6% das pessoas idosas referem incluir-se dentro do grupo com qualidade de vida. Quando comparado o índice de qualidade de vida em função do sexo, verificamos que as pessoas idosas do sexo masculino são as que referem, em maior percentagem, incluir-se no grupo com qualidade de vida (65,2% vs 47,1%). À medida que a idade avança, o índice de qualidade de vida diminui. Se pensarmos que, com o avançar da idade, existe uma maior probabilidade de surgirem mais problemas de saúde, maior dependência na realização das actividades da vida diária, mais isolamento e solidão, facilmente se entenderá a existência da relação supra-citada.

Ao avaliarmos o grau de dependência/independência dos idosos através do índice de Katz, constatamos que a maioria da nossa amostra é independente (63,4%). Constatamos igualmente que, apesar de em ambos os sexos predominar o grau de independência, este é mais elevado no sexo masculino (78,3% vs 58,6%). É facilmente entendível que com o aumento da idade, fruto de um maior desgaste e prevalência de doenças crónicas, o grau de dependência vá aumentando. Neste estudo, verificamos que enquanto no grupo etário dos 65-74 anos, 70,6% eram independentes, no grupo etário dos 85-94 anos, esse valor passa para 38,1%; constatando-se também que a dependência parcial passa dos 29,4% no grupo etário dos 65-74 anos, para 57,1% no grupo etário dos 85-94 anos.

CONCLUSÕES

Para que envelhecer não se torne um pesadelo, para que viver não seja apenas «somar anos aos anos...», urge criar Lares de Terceira Idade, que sejam verdadeiros Lares para os idosos. A palavra Lar encontra-se associada a significações que apontam para um campo semântico de energia e de positividade. Sendo assim, é necessário que a prática corrobore a teoria, e urge fazer dos nossos Lares de Terceira Idade verdadeiros Lares, onde as pessoas idosas encontrem «lume, casa, família, pátria, pão e planura...», para que não sintam como um golpe insuperável o afastamento da sua casa, dos seus amigos, da sua família, das suas rotinas e até de si próprio (das pessoas que eram antes de serem institucionalizadas). Argumentarão alguns que a situação de crise económica que atravessamos não permitirá a implementação de algumas das medidas que assinalaremos. Pese embora todos os senãos, cremos, sobretudo, que se trata, em primeiríssimo lugar de revolucionar as mentalidades, no sentido de reconhecer e delinear prioridades. E, mal de uma sociedade que não cuida das suas crianças, dos seus doentes, dos seus deficientes e dos seus idosos. No nosso entender, quanto maior for a preocupação de uma sociedade com as franjas da população supra-referidas, maior e melhor será a qualidade do seu desenvolvimento civilizacional. Parece-me, igualmente, que, muitas vezes, não se tratará somente de uma questão monetária a prejudicar a materialização de algumas das medidas de apoio aos idosos institucionalizados. Em nosso entender, além da necessidade de reconhecer e definir prioridades, revela-se também fundamental promover a iniciativa, a criatividade, o aspecto lúdico e o sonho a favor dos idosos, nomeadamente dos institucionalizados. Para que, em suma, e fundamentalmente, ninguém tenha medo de envelhecer!...

REFERÊNCIAS

1. OCDE. Le vieillissement demographique. In : OCDE. L'Observateur de L'OCDE. 1998. p. 212.
2. Department of Economic And Social Affairs. Population Division World population ageing: 1950-2050. New York. United Nations; 2001.
3. Patrício L, Carrilho M. A situação demográfica recente em Portugal. Revista de Estudos Demográficos 2002; 32.
4. Kinsella K, Velkoff V. Aging World: 2001 (Séries P95/01-1). Washington: Census Bureau; 2001.
5. Nazareth J. O envelhecimento demográfico. Psicologia 1988; 6(2): 135-46.
6. Instituto Nacional de Estatística. Projeções de população residente em Portugal 2000-2050. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2003.
7. Paúl C. Envelhecimento e ambiente. In Soczka L, organizador. Contextos humanos e psicologia ambiental. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2005. p. 247-68.
8. Born T, Boechat N. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In Freitas V, Cançado L, Doll J, Gorzoni L, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de

Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1131-41.

9. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos (5ª ed.). São Paulo: Editora Perspectiva; 1996.

10. Soczka L. As raízes da Psicologia Ambiental. In Soczka L, organizador. Contextos humanos e psicologia ambiental. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2005. p. 36-66.

11. Carrus G, Fornar F, Bonnes M. As origens da psicologia ambiental e os factores externos. In Soczka L, organizador. Contextos humanos e psicologia ambiental. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2005. p. 66-89.

12. Direcção-Geral da Saúde. Estudo da qualidade de vida do idoso: aplicação de um instrumento de avaliação- relatório.

Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 1995.

13. Levenson S. A assistência institucional de longo prazo. In Gallo J, Busby-Whitehead P, Rabins P, Silliman R, Murphy J, editores. Reicher assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 527-38.

14. Martins R. Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu. Tese de Doutoramento não-publicada. Badajoz: Universidade de Extremadura; 2004.

15. Quintela M. O papel dos lares de terceira idade. Geriatria 2001; 14(136): 37-45.