

Ana Marisa da Cunha Garcia

A satisfação dos idosos em relação ao apoio prestado por uma IPSS



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima 2009

Ana Marisa da Cunha Garcia

A satisfação dos idosos em relação ao apoio prestado por uma IPSS



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima 2009

Ana Marisa da Cunha Garcia

A satisfação dos idosos em relação ao apoio prestado por uma IPSS

Orientador Científico: Enfermeira Paula Fonseca

Atesto a originalidade do Trabalho:

(Ana Marisa da Cunha Garcia)

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem.

Índice

INTRODUÇÃO.....	14
I - FASE CONCEPTUAL	17
1. Definição e delimitação do tema	17
2. Justificação e relevância	18
3. Pergunta de Partida, Questões de Investigação, Objectivos.....	18
4. Enquadramento teórico.....	20
4.1 Envelhecimento	20
4.2 A Dependência, Independência e Autonomia na velhice	23
4.3 Estruturas de apoio	24
4.4 Satisfação.....	28
4.5 O papel do enfermeiro no processo de envelhecimento	29
4.6 Avaliação Funcional	32
II - FASE METODOLÓGICA	35
1. Método de investigação	35
2. População alvo, amostra e processo de amostragem.....	35
3. Variáveis.....	36

4. Instrumento de colheita de dados	37
5. Pré-teste	41
6. Princípios éticos.....	41
7. Tratamento de dados.....	43
III – FASE EMPÍRICA	44
1. Apresentação, análise e discussão dos resultados	44
1.1 Caracterização da amostra	44
1.2 Dados relativos ao questionário e escala Easycare.....	49
IV - CONCLUSÃO	66
V - BIBLIOGRAFIA.....	69
VI - ANEXOS	73
Anexo 1 – Questionário	
Anexo 2 – Consentimento informado	
Anexo 3 – Pedido de autorização da escala Easycare	
Anexo 4 – Regulamento interno da IPSS	
Anexo 5 - Cronograma	

Índice de Quadros

Quadro 1 – Distribuição de dados relativamente ao género.....	44
Quadro 2 – Distribuição de dados relativamente ao estado civil e agregado familiar ...	46
Quadro 3 – Distribuição dos dados relativamente ao tempo que a IPSS presta apoio ao idoso	47
Quadro 4 – Distribuição dos dados relativamente ao serviço de enfermagem.....	48
Quadro 5 – Distribuição de dados relativamente ao nível de satisfação dos idosos em relação aos serviços de apoio domiciliário.....	51
Quadro 6 – Distribuição de dados relativamente à Incapacidade Física.....	54
Quadro 7 – Distribuição de dados relativamente à área funcional (Easycare).....	55
Quadro 8 – Distribuição de dados relativamente à mobilidade.....	56
Quadro 9 - Distribuição de dados relativamente aos Cuidados Pessoais	58
Quadro 10 – Distribuição de dados relativamente ao Controlo Esfincteriano	59
Quadro 11 – Distribuição de dados relativamente à qualidade de vida percebida pelo sujeito	60

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição de dados relativamente à idade	45
Gráfico 2 – Distribuição de dados relativamente à orientação para o pedido de apoio da IPSS	47
Gráfico 3 – Distribuição de dados relativamente ao nível de satisfação dos idosos em relação à actuação da equipa de enfermagem.....	49
Gráfico 4 – Distribuição dos dados relativamente ao serviço de apoio domiciliário	50
Gráfico 5 – Distribuição de dados relativamente à satisfação dos idosos em relação às ajudantes familiares	53
Gráfico 6 – Distribuição de dados relativamente à Escala Geriátrica de Depressão.....	62
Gráfico 7 – Distribuição de dados relativamente ao Teste de Diminuição Cognitiva ...	63
Gráfico 8 – Distribuição de dados relativamente ao nível de dependência.....	64

Siglas

AAVD's – Actividades Avançadas de Vida Diária

ABVD's – Actividades Básicas de Vida Diária

AIVD's – Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVD'S – Actividades de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

DR – Diário da República

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

“Portadores e criadores da cultura, eles anunciam o futuro das novas gerações, a dos jovens e a dos aposentados. A velhice não é o fim da aventura, ela é uma aventura nova, apaixonante. Precisamos urgentemente nos preparar para ela.”

Karla Giacomini

SUMÁRIO

O envelhecimento da população na Europa, em geral, e em Portugal, particularmente, é um facto que tem sido por demais referido e é do conhecimento da sociedade. Importa pois desenvolver meios para melhor atender às dificuldades do crescente grupo de idosos.

O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. Isto implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social. Torna-se também necessária uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

Este projecto de graduação teve como objectivos: Verificar o nível de satisfação dos idosos em relação ao apoio prestado por uma instituição particular de solidariedade social; Identificar a oferta de cuidados disponíveis na IPSS; Verificar se o idoso considera suficiente a frequência dos cuidados prestados pela instituição; Verificar, se o idoso refere a necessidade de outro tipo de cuidados; Avaliar o grau de dependência do idoso.

Para dar resposta a estes objectivos, aplicou-se um questionário a uma amostra de vinte e dois idosos a receber apoio de uma IPSS do concelho de Ponte da Barca. Os dados foram tratados através do programa estatístico SPSS versão 17.0.

Os resultados obtidos evidenciam que os idosos se encontram muito satisfeitos com os cuidados prestados pela IPSS, assim como em relação à actuação da equipa de enfermagem. Os resultados revelaram que a maioria dos idosos da amostra é independente.

ABSTRACT

The elderly population of Europe, in general, in particular of Portugal is a fact that is constantly referred to in society. It is important to develop better ways to address the difficulties facing this growing population.

Aging is not a problem, but a natural cycle of life, where it is desirable to live a healthy and autonomous lifestyle. This implies that the behavior and attitude of the general population needs to change, including educating, training the health care professionals and other social intervention organizations. It is also necessary to adapt health and social awareness to meet the new social and familial realities that accompany individual and demographic needs facing today's elderly. The culture surrounding the elderly must be adjusted to address and meet their needs and demands.

This graduation project had these objectives: To verify the level of satisfaction the elderly receive in relation to their health and social being; Identify the availability of assistance offered by IPSS; To verify the elderly consider the frequency of the care provided by IPSS is sufficient; To verify if the elderly reference any other health care need; To evaluate the level dependence of the elderly.

To address these objectives a questionnaire was provided to twenty two elderly persons receiving assistance from IPSS, county of Ponte da Barca. The findings were processed through a statistical program, SPSS version 17.0.

The results reflect that the elderly are very satisfied with the care received by IPSS; also in relation to the attention provided by the nursing staff. The results revealed that the majority of the elderly are independent.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que contribuíram para a elaboração deste trabalho de investigação.

Quero agradecer especialmente aos meus pais e à minha irmã pela força e incentivo e por nunca duvidarem do meu sucesso na concretização do meu percurso académico.

À minha orientadora, Enfermeira Paula Fonseca, pela sua disponibilidade, e ajuda na elaboração deste trabalho.

À instituição que apoia os idosos, por me ter fornecido informação necessária para a elaboração deste trabalho.

Agradeço, particularmente, a todos os idosos que aceitaram fazer parte desta investigação.

Agradeço também a todas as pessoas não referidas, mas que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

A todos, Muito Obrigado!

Anexo 1 – Questionário

Anexo 2 – Consentimento informado

Anexo 3 – Pedido de autorização da escala Easycare

Resposta ao pedido de autorização para utilização da escala Easycare

Liliana Sousa <lilianax@ua.pt>

9 de Dezembro de 2008 10:56

Para: Ana Marisa da Cunha Garcia <15283@ufp.edu.pt>

sim pode usar: vai em attach mais informação
provavelmente tem urgência na escala, mas se não tiver, muito em breve vai estar disponível uma versão
actualizada do easycare
um abraço
Liliana Sousa

Anexo 4 – Regulamento interno da IPSS

Regulamento Interno

Associação Social e Cultural da Freguesia de Britelo



SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

NORMA I

Âmbito de Aplicação

A Associação Social e Cultural da Freguesia de Britelo, Instituição Particular de Solidariedade Social, com acordo de cooperação para a resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário celebrado com o Centro Distrital de Viana do Castelo, em 01/07/2004 rege-se pelas seguintes normas.

NORMA II

Legislação Aplicável

Este Serviço de Apoio Domiciliário prestador de serviços rege-se igualmente pelo estipulado no:

- Decreto-Lei n.º 64/2007 de 14 de Março;
- Guião Técnico n.º7 de Fevereiro de 1998 da DGAS;
- Despacho normativo 31/2000 de 31 de Julho;
- Despacho normativo 75/92 de 20 de Maio;
- Circular n.º 3 de 02/05/1997 da DGAS
- Contrato Colectivo de Trabalho

NORMA III

Objectivos do Regulamento

O presente Regulamento Interno de Funcionamento visa:

1. Promover o respeito pelos direitos dos clientes e demais interessados
2. Assegurar a divulgação e o cumprimento das regras de funcionamento do estabelecimento/estrutura prestadora de serviços
3. Promover a participação activa dos clientes ou seus representantes legais ao nível da gestão das respostas sociais

NORMA IV

Serviços Prestados e Actividades Desenvolvidas

1. O Serviço de Apoio Domiciliário assegura a prestação dos seguintes serviços:
 - 1.1. Alimentação.
 - 1.2. Higiene Pessoal

- 1.3. Higiene Habitacional
 - 1.4. Tratamento de Roupas
 - 1.5. Administração da Medicação
2. Realiza ainda as seguintes actividades:
- 2.1. Transporte e acompanhamento de utentes a consultas e tratamentos médicos
 - 2.2. Aquisição de Medicamentos

O transporte e acompanhamento de utentes a consultas e tratamentos médicos, bem como a aquisição de medicamentos, só será realizado se houver disponibilidade do serviço.

CAPÍTULO II

PROCESSO DE ADMISSÃO DOS CLIENTES

NORMA V

Condições de Admissão

São condições de admissão neste estabelecimento/serviço:

1. Ser pessoa idosa e/ou deficiente, com grave carência socioeconómica e familiar
2. Estar em situação de isolamento social
3. Ser residente nas freguesias de Britelo e Lindoso, sem detrimento de outros utentes que necessitem do apoio deste serviço
4. Ser sócio da Associação

NORMA VI

Candidatura

1. Para efeitos de admissão, o cliente deverá candidatar-se através do preenchimento de uma ficha de identificação que constitui parte integrante do processo de cliente, devendo fazer prova das declarações efectuadas, mediante a entrega de cópia dos seguintes documentos:
 - 1.1. Bilhete de Identidade do cliente e do representante legal, quando necessário;
 - 1.2. Cartão de Contribuinte do cliente e do representante legal, quando necessário;
 - 1.3. Cartão de Beneficiário da Segurança Social do cliente e do representante legal, quando necessário;

- 1.4. Cartão de Utente dos Serviços de saúde ou de subsistemas a que o cliente pertença;
 - 1.5. Boletim de vacinas e relatório médico, comprovativo da situação clínica do cliente, quando solicitado;
 - 1.6. Comprovativo dos rendimentos do cliente e do agregado familiar, quando necessário;
 - 1.7. Declaração assinada pelo cliente em como autoriza a informatização dos dados pessoais para efeitos de elaboração de processo de cliente;
2. O período para requerimento de inscrição decorre de Segunda a Sexta-feira das 9h às 17horas.
 3. A ficha de identificação e os documentos probatórios referidos no número anterior deverão ser entregues na sede da Associação Social e Cultural da Freguesia de Britelo.
 4. Em situações especiais pode ser solicitada certidão da sentença judicial que regule o poder paternal ou determine a tutela/curatela.
 5. Em caso de admissão urgente, pode ser dispensada a apresentação de candidatura e respectivos documentos probatórios, devendo todavia ser desde logo iniciado o processo de obtenção dos dados em falta.

NORMA VII

Critérios de Admissão

São critérios de prioridade na selecção dos clientes:

1. Ser pessoa idosa e/ou deficiente, com grave carência socioeconómica e familiar
2. Estar em situação de isolamento familiar e social
3. Data ou ordem de inscrição
4. Ser residente nas freguesias de Britelo e Lindoso, sem detrimento de outros utentes que necessitem do apoio deste serviço
5. Ser sócio da Associação

NORMA VIII

Admissão

1. Recebida a candidatura, a mesma é analisada pelo responsável técnico deste Serviço de Apoio Domiciliário, a quem compete elaborar a proposta de admissão, quando tal se justificar, a submeter à decisão da entidade competente.

2. É competente para decidir a Direcção.
3. Da decisão será dado conhecimento ao cliente no prazo de 8 dias.

NORMA IX

Acolhimento dos Novos Clientes

O processo de integração do cliente é preponderante para o êxito da prestação do serviço. Neste período, deve dar-se especial atenção às questões relacionais, com vista a estabelecer laços de relação e proximidade, facilitadores deste processo.

O processo de integração no SAD é desenvolvido no domicílio do cliente, preferencialmente na presença de pessoa(s) próxima(s). Neste sentido, devem ser previstas e criadas condições para que a(s) pessoa(s) próxima(s) do cliente participem na implementação deste programa, através da sua co-responsabilização no envolvimento e acompanhamento num conjunto de actividades e acções.

No primeiro dia da prestação dos serviços, deve estar presente o(a) Director(a) Técnico(a) do SAD que, com o colaborador responsável pelo cliente, deverá desenvolver as seguintes funções:

- Gerir, adequar e monitorizar os primeiros serviços prestados;
- Avaliar as reacções do cliente;
- Prestar esclarecimentos em caso de necessidade;
- Evidenciar a importância da participação da(s) pessoa(s) próxima(s) do cliente;
- Recordar, sempre que necessário, as regras de funcionamento do SAD, assim como os direitos e deveres de ambas as partes e as responsabilidades de todos os elementos intervenientes na prestação do serviço.
- Registrar a informação recolhida nos impressos do sistema de gestão.

NORMA X

Processo Individual do Cliente

O Processo Individual do cliente é constituído por um conjunto de documentos que se inicia com a aceitação da Ficha de Inscrição, à qual é atribuído um número provisório que é alterado para um número definitivo depois da celebração do contrato. Fazem parte deste processo, entre outros:

- Ficha de Inscrição;
- Contrato;
- Identificação, endereço e telefone da pessoa de referência do cliente (familiar, representante legal, ou outro);
- Dados facultados pelo cliente no processo de candidatura (p.e. declaração de rendimentos, BI, nº de contribuinte);

- Dados de identificação e sociais do cliente e residência;
- Identificação do profissional de saúde de referência e respectivos contactos em caso de emergência;
- Identificação e contactos da(s) pessoa(s) próxima(s) do cliente (familiar, representante legal, ou outro) em caso de emergência/necessidade;
- Informação médica (dieta, medicação, alergias e outros);
- Identificação e contactos dos médicos que acompanham o cliente;
- Resultado do Programa de Acolhimento inicial;
- Plano de Desenvolvimento Individual;
- Relatório(s) de monitorização e avaliação da implementação do PDI;
- Registos da prestação dos serviços e participação nas actividades (p.e. livro/ folhas de registo);
- Registos das ocorrências de situações anómalas (p.e. livro/folhas de registo);
- Registos de reclamações;
- Registos da cessação da relação contratual, com a indicação da data e motivo da cessação e, sempre que possível, anexados os documentos comprovativos, por exemplo documento de rescisão do contrato, cópia da certidão de óbito, ou outros.

O Processo Individual do Cliente é arquivado no estabelecimento em local próprio e de fácil acesso à direcção técnica, serviços administrativos e serviços médicos, em condições que garantem a sua privacidade e a confidencialidade. Cada processo individual deverá ser actualizado pelo menos semestralmente. O cliente e/ou pessoa(s) próxima(s) (sujeito a autorização do cliente) têm conhecimento da informação constante no processo individual.

NORMA XI

Listas de Espera

Caso não seja possível proceder à admissão por inexistência de vagas, será realizada uma lista de espera organizada e revista de acordo com os critérios de admissão. O utente terá acesso à informação e sua posição na lista de espera num prazo de 8 dias.

CAPÍTULO III

INSTALAÇÕES E REGRAS DE FUNCIONAMENTO

NORMA XII

Instalações

1. O Serviço de Apoio Domiciliário da Associação Social e Cultural da Freguesia de Britelo está sediado em Paradamonte, freguesia de Britelo e as suas instalações são compostas por: cozinha, lavandaria, despensa de produtos de higiene e limpeza e armazém, que são de acesso restrito; sala de estar, sala de almoços, casas de banhos.
2. Apenas as áreas da sala de estar, sala de almoços e casas de banho, se encontram disponíveis para os utentes.

NORMA XIII

Horários de Funcionamento

A Associação Social e Cultural da Freguesia de Britelo, funciona de Segunda a Domingo, das 9h as 17h.

O atendimento ao público é realizado de Segunda a Sexta-feira das 9h às 12h e das 14h às 17h.

NORMA XIV

Pagamento da Mensalidade

1. O pagamento da mensalidade/comparticipação é realizado até ao dia 8 de cada mês: das 9h às 12h e das 14h às 17h, na Sede da Instituição, ou ao funcionário que vai ao domicílio.
2. O pagamento de serviços de transporte a consultas médicas e aquisição de medicação é efectuado no dia seguinte ao da prestação do serviço ou juntamente com a mensalidade.

NORMA XV

Tabela de Participações/Preçário de Mensalidades

1. A tabela de participações familiares foi calculada(o) de acordo com a legislação/normativos em vigor e encontra-se afixada(o) em local bem visível.
(ANEXO A)

2. De acordo com o disposto na Circular Normativa n.º 3, de 02/05/97 e na Circular Normativa n.º 7, de 14/08/97, da Direcção Geral da Acção Social (DGAS), o cálculo do rendimento *per capita* do agregado familiar é realizado de acordo com a seguinte fórmula:

$$R = \frac{RF - D}{N}$$

N

Sendo que:

R = Rendimento *per capita*

RF = Rendimento mensal ilíquido do agregado familiar

D = Despesas fixas

N = Número de elementos do agregado familiar

No que respeita às despesas mensais fixas, consideram-se para o efeito:

- O valor das taxas e impostos necessários à formação do rendimento líquido, designadamente do imposto sobre o rendimento e da taxa social única;
- O valor da renda de casa ou de prestação mensal devida pela aquisição de habitação própria;
- Os encargos médios mensais com transportes públicos;
- As despesas com aquisição de medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica.

A comparticipação familiar mensal é efectuada no total de 12 mensalidades, sendo que o valor do rendimento mensal ilíquido do agregado familiar é o duodécimo da soma dos rendimentos anualmente auferidos, por cada um dos seus elementos.

3. De acordo com a Circular n.º 3 de 97/95/02 da ex. DGAS, será efectuada um desconto:

3.1. de 20%, nos casos, em que existe mais do que um familiar directo a usufruir do serviço.

3.2. No caso de não usufruir dos serviços contratados por uma período igual ou superior a 15 dias seguidos, também será efectuada o desconto de 25%. No caso de faltas em dias interpolados não serão efectuados quaisquer descontos.

- 3.3. Se a entrada neste serviço for efectuada até ao dia 15 de cada mês não serão efectuados quaisquer descontos; se for após o dia 15, sofrerá uma redução de 50%
- 3.4. As mensalidades serão estipuladas de acordo com a opção do Serviço de Apoio Domiciliário, ou seja, apenas com dias úteis será um valor, se incluir fins-de-semana será outro valor. A mensalidade varia, também, mediante o tipo de serviços e o número de serviços prestados, assim, como o valor das reformas/rendimentos.
4. As mensalidades serão actualizadas anualmente, com um mês de antecedência à sua entrada em vigor, através de visita domiciliária.

NORMA XVI

Refeições

A ementa semanal encontra-se afixada nas instalações desta instituição. As refeições começam a ser distribuídas a partir das 11h30 até às 13 horas.

NORMA XVII

Actividades/Serviços Prestados

Os serviços apenas são prestados mediante inscrição e assinatura do contrato.

Este Serviço de Apoio Domiciliário disponibiliza os seguintes serviços: Alimentação; Higiene Pessoal; Higiene Habitacional; Tratamento de Roupa Administração da Medicação. Qualquer alteração aos serviços contratados têm que ser solicitadas.

É necessário deixar o registo da medicação do utente e, sempre que haja alteração, deve ser comunicada à Instituição.

NORMA XVIII

Passeios ou Deslocações

Todas as deslocações realizadas por esta instituição, no âmbito das Oficinas de Lazer, apenas estão acessíveis aos utentes desta instituição, sendo os mesmos convidados a participar.

NORMA XIX

Quadro de Pessoal

O quadro de pessoal deste Serviço de Apoio Domiciliário prestador de serviços encontra-se afixado em local bem visível, contendo a indicação do número de recursos humanos (direcção técnica, equipa técnica, pessoal auxiliar e voluntários), formação e conteúdo funcional, definido de acordo com a legislação/normativos em vigor (ANEXO B). Sendo composto por:

1 Directora Técnica – Socióloga

1 Cozinheira

1 Ajudante de Cozinha

5 Ajudantes Familiares

1 Trabalhador Auxiliar

NORMA XX

Direcção Técnica

A Direcção Técnica deste Serviço de Apoio Domiciliário prestador de serviços compete a um técnico, nos termos do Decreto Lei 64/2007 e do Guião Técnico n.º 7 de Fevereiro de 1998 da DGAS, cujo nome, formação e conteúdo funcional se encontra afixado em lugar visível.

CAPÍTULO IV

DIREITOS E DEVERES

NORMA XXI

Direitos dos Clientes

São direitos dos clientes:

1. Beneficiar de todos os serviços colocados à sua disposição e adequados à sua situação, de forma a garantir o seu bem estar e qualidade de vida;
2. Ser tratado com respeito pela equipa de Apoio Domiciliário;
3. Ver respeitada a sua individualidade, intimidade e privacidade, por parte da equipa de Apoio Domiciliário;
4. À prestação dos serviços solicitados e contratados para a satisfação das suas necessidades;

5. A reclamar, verbalmente ou por escrito.

NORMA XXII
Deveres dos Clientes

São deveres dos clientes:

1. Respeitar e cumprir o presente regulamento;
2. Respeitar e colaborar com a equipa do serviço de Apoio Domiciliário;
3. Pagar a mensalidade, previamente fixada de acordo com as normas estabelecidas, até ao dia 8 de cada mês;
4. Comunicar ao responsável do serviço de Apoio Domiciliário qualquer alteração ao serviço;
5. Não exigir serviços que não se coadunem com os serviços acordados e mencionados no contrato de prestação de serviços.

NORMA XXIII
Direitos da Entidade Gestora do Estabelecimento/Serviço

São direitos da entidade gestora do estabelecimento/serviço:

1. Que todos os seus funcionários e corpos dirigentes sejam tratados com respeito;
2. Ao pagamento atempado das mensalidades
3. A que seja informado de todas as alterações ao serviço

NORMA XXIV
Deveres da Entidade Gestora do Estabelecimento/Serviço

São deveres da entidade gestora do estabelecimento/serviço:

1. Garantir a qualidade na prestação dos serviços solicitados pelos utentes e/ou suas famílias;
2. Assegurar o regular funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário;
3. Manter actualizados os processos dos utentes.

4. Assegurar um quadro de pessoal adequado para o bom funcionamento dos serviços.

NORMA XXV

Interrupção da Prestação de Cuidados por Iniciativa do Cliente

Sempre que o utente tenha necessidade de interromper a prestação dos serviços deverá comunicar atempadamente à Direcção Técnica, o período em que estará ausente, com uma antecedência de 15 dias. No caso de suspensão por motivo de doença, a mensalidade será suspensa e a vaga guardada durante um período de 60 dias.

A não renovação do contrato tem que ser comunicada por escrito num prazo de 30 dias.

NORMA XXVI

Contrato

Nos termos da legislação em vigor, entre o cliente ou seu representante legal e a entidade gestora do Serviço de Apoio Domiciliário deve ser celebrado, por escrito, um contrato de prestação de serviços.

NORMA XXVII

Cessação da Prestação de Serviços por Facto Não Imputável ao Prestador

Quando a cessação do contrato seja efectuada por denuncia esta deve ser comunicada com um prazo de antecedência de 15 dias, se não o fizer terá que efectuar o pagamento da mensalidade por inteiro. No caso de cessação por morte, a contabilização da mensalidade será efectuada até ao dia em que foi prestado o serviço.

NORMA XXVIII

Livro de Reclamações

Os termos da legislação em vigor, este Serviço de Apoio Domiciliário possui livro de reclamações, que poderá ser solicitado junto da Directora Técnica sempre que desejado.

CAPÍTULO V
DISPOSIÇÕES FINAIS

NORMA XXIX

Alterações ao Regulamento

Nos termos do regulamento da legislação em vigor, os responsáveis dos estabelecimentos ou das estruturas prestadoras de serviços deverão informar e contratualizar com os clientes ou seus representantes legais sobre quaisquer alterações ao presente regulamento com a antecedência mínima de 30 dias relativamente à data da sua entrada em vigor, sem prejuízo do direito à resolução do contrato a que a estes assiste.

Estas alterações deverão ser comunicadas à entidade competente para o licenciamento/acompanhamento técnico da resposta social.

NORMA XXX

Integração de Lacunas

Em caso de eventuais lacunas, as mesmas serão supridas pela entidade proprietária do Serviço de Apoio Domiciliário, tendo em conta a legislação/normativos em vigor sobre a matéria.

NORMA XXXI

Entrada em Vigor

O presente regulamento entra em vigor em Novembro de 2008.

Anexo 5 - Cronograma

INTRODUÇÃO

O facto de a população estar a envelhecer não é um segredo e também não é uma novidade; o que é de sublinhar é a melhoria na qualidade de vida e, conseqüentemente, o seu prolongamento.

Há várias décadas que se regista um envelhecimento progressivo da população, motivado fundamentalmente por um aumento nas taxas de envelhecimento e por uma diminuição progressiva nas taxas de natalidade e fertilidade.

Após a análise de diversas áreas a investigação centrou-se na área da Saúde Comunitária e Geriátrica. Com a redução do tempo de permanência em hospitais e a expansão dos serviços de saúde baseados na comunidade, a saúde do indivíduo está associada, e é influenciada, pelo ambiente domiciliário.

Os cuidados no domicílio são hoje uma realidade do nosso país, fruto da redescoberta da intervenção comunitária e da implementação da continuidade dos cuidados. Estes cuidados são a resposta às necessidades de cuidados das pessoas com dependência ao nível da saúde e sociais.

É importante que os enfermeiros orientem a sua própria prática e se preocupem com a rentabilidade, integração e qualidade dos cuidados prestados no ambiente domiciliário e que, com estreita articulação com as IPSS's se estabeleçam relações inter-profissionais construtivas e que respondam às reais necessidades do idoso.

Deste modo, e considerando o idoso como a pessoa com mais necessidades de apoio domiciliário, definiu-se o seguinte tema “A satisfação dos idosos em relação ao apoio prestado por uma instituição particular de solidariedade social”, o qual deu origem aos subsequentes objectivos:

- Verificar o nível de satisfação dos idosos em relação ao apoio prestado por uma IPSS;

- Identificar a oferta de cuidados disponíveis na IPSS;
- Verificar se o idoso considera suficiente a frequência dos cuidados prestados pela instituição;
- Verificar, se o idoso refere a necessidade de outro tipo de cuidados;
- Avaliar o grau de dependência do idoso.

De forma a dar resposta aos objectivos enunciados, optou-se pelo método quantitativo, do tipo descritivo simples uma vez que se pretende descrever uma diversidade de aspectos relacionados com a satisfação do idoso domiciliado em relação os cuidados prestados pela IPSS. O método utilizado foi o inquérito por questionário, aplicado a idosos domiciliados inscritos numa IPSS do concelho de Ponte da Barca, no período de tempo compreendido entre 30 de Junho de 2009 e 3 de Julho de 2009. Para obter a amostra o método utilizado foi a amostragem não aleatória acidental, intencional.

Os dados foram tratados através do programa estatístico SPSS versão 17.0, sendo os resultados apresentados sob a forma de gráficos e quadros.

O trabalho está dividido em três grandes partes, a fase conceptual, a fase metodológica e a fase empírica.

Na fase conceptual são apresentadas as razões justificativas da escolha da temática, é definida a pergunta de partida, questões de investigação e objectivos de estudo, importantes para o encaminhamento de todo o estudo e o enquadramento teórico onde são definidos os principais conceitos da temática.

Na fase Metodológica é apresentado todo o desenho do estudo. São abordados o método de investigação e o tipo de estudo; caracterização da população e da amostra; processo de amostragem; variáveis; instrumento de colheita de dados; pré-teste; princípios éticos e tratamento de dados.

Na fase empírica são apresentados e discutidos os resultados relativamente à caracterização da amostra, ou seja, variáveis sócio-demográficas e variáveis do estudo.

Ao longo da elaboração deste trabalho, foram sentidas algumas dificuldades, principalmente no que concerne à inexperiência da investigadora e na obtenção dos dados junto da população residentes em diversas freguesias, algumas em locais recônditos.

Os resultados obtidos permitem constatar que os idosos percebem de forma positiva os cuidados prestados pela IPSS, correspondendo estes cuidados às suas necessidades, considerando-se Muito Satisfeitos.

I - FASE CONCEPTUAL

Segundo Polit et alli. (2004, p. 52)

Os passos iniciais em um estudo quantitativo envolvem, tipicamente, atividades com um elemento conceitual ou intelectual forte. Estas atividades incluem pensar, ler, repensar, teorizar e rever idéias com colegas ou conselheiros. Durante esta fase, o pesquisador recorre a habilidades como a criatividade, o raciocínio dedutivo, a compreensão e a fundamentação em pesquisas anteriores sobre o tópico estudado.

1. Definição e delimitação do tema

O tema do projecto em causa é “A satisfação dos idosos em relação ao apoio prestado por uma IPSS”.

A pertinência deste estudo deve-se à vontade de conhecer a opinião dos idosos domiciliados relativamente às actividades realizadas, relacionadas com a melhoria da sua qualidade de vida e às formas de corresponder às suas necessidades. Sendo do conhecimento geral, que a maioria das famílias não tem disponibilidade para colmatar as dificuldades demonstradas pelos idosos, o recurso a instituições de solidariedade social, como Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Dia, Lares, entre outras respostas, tem aumentado nos últimos anos. Este estudo pretende verificar se estas instituições têm dado uma resposta que se coadune com as necessidades demonstradas pelos idosos, bem como a articulação de ofertas entre as mesmas e as instituições de saúde, uma vez que os serviços prestados pelas IPSS's (Instituições Particulares de Solidariedade Social) não contempla questões de saúde e, como tal, tem sido o recurso aos Centros de Saúde e às suas equipas técnicas que têm dado resposta a estas questões.

O aumento da esperança média de vida, está associado a um número cada vez maior de pessoas com 65 ou mais anos de idade, frequentemente acompanhadas por um aumento de situações patológicas e de dependência e por uma solicitação cada vez maior de serviços, quer a nível da saúde como de apoio social.

O estudo foi realizado, no Concelho de Ponte da Barca, a idosos domiciliados, inscritos numa IPSS. A pertinência da escolha destas instituições foi de encontro a factores de tempo e de acessibilidade e da vontade de estudar e conhecer a realidade do referido Concelho e respectivas IPSS's.

2. Justificação e relevância

Nos últimos anos, tem-se dado grande importância à criação de estruturas e serviços de apoio à Terceira Idade, mostrando-se cada vez mais pertinente a sua actuação, no entanto, muitas das necessidades dos idosos continuam sem solução. Assim, é necessário, antes de mais, verificar quais as necessidades que mais se manifestam por parte dos idosos, se realmente as instituições que se encontram no terreno prestam serviços que se coadunam aos seus interesses e necessidades e, principalmente, se os serviços existentes promovem uma política de inter e entreaajuda para prestar serviços de qualidade e ajustados aos problemas existentes.

Um dos propósitos desta investigação prende-se com a necessidade de alertar os organismos competentes para áreas às quais não se tem dado grande importância e que existe uma urgência manifesta por parte das populações, como é, por exemplo, o apoio nos cuidados de saúde e enfermagem no domicílio.

Pretende-se analisar até que ponto as IPSS's têm conseguido apoiar os idosos a nível das necessidades básicas, com a prestação de serviços como alimentação, higiene pessoal, higiene habitacional, entre outros; e de que forma é que estas pessoas são acompanhadas a nível da saúde, uma vez que estes serviços não estão directamente ligados às instituições nas quais eles estão inseridos.

3. Pergunta de Partida, Questões de Investigação, Objectivos

Neste estudo foi adoptada a terminologia pergunta de partida, Segundo Quivy e Campenhoudt (2003, p.44): "(...) o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor."

Torna-se, desta forma, pertinente enunciar a pergunta de partida: “A equipa de apoio domiciliário da IPSS, satisfaz as necessidades em cuidados aos idosos domiciliados inscritos?”.

As questões de investigação derivam de forma marcada dos objectivos e devem clarificar quais os aspectos que serão tratados. “As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação” (Talbot, 1995, *cit. in* Fortin, 2003, p.101). Torna-se assim relevante indicar as questões a que esta investigação procura responder:

- A frequência dos cuidados prestados pela instituição é considerada suficiente pela pessoa idosa?
- Quais os tipos de cuidados mais necessitados?
- Os idosos estão satisfeitos com o tipo de serviços prestados?
- Qual o grau de dependência dos idosos?

Fortin, refere que “O objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa de variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação” (2003, p.100). Desta forma é imprescindível referir os objectivos deste estudo uma vez que têm a pertinência de indicar o porquê da investigação.

O objectivo geral

- Verificar o nível de satisfação dos idosos em relação ao apoio prestado por uma instituição particular de solidariedade social;

Os objectivos específicos do trabalho de investigação:

- Identificar a oferta de cuidados disponíveis na IPSS;

- Verificar se o idoso considera suficiente a frequência dos cuidados prestados pela instituição;
- Verificar, se o idoso refere a necessidade de outro tipo de cuidados;
- Avaliar o grau de dependência do idoso.

4. Enquadramento teórico

Neste ponto referente ao quadro conceptual define-se conceitos, de uma forma clara e precisa, a opção recai sobre aqueles que são encarados como pertinentes e fundamentais.

4.1 Envelhecimento

A CIPE (2005, p. 53) define envelhecimento como:

(...) Processo de desenvolvimento físico, normal e progressivo, durante a transição da idade adulta até à velhice; de acordo com a idade aproximada e estádios de desenvolvimento, é acompanhado pelo declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade para regenerar as células, levando à perda de massa e coordenação musculares e de competências psicomotoras; perda de pêlos e pele fina e enrugada.

De acordo com Moniz (2003, p.39, 41) “(...) a concepção da pessoa idosa resulta da fixação de uma idade cronológica que são os 65 anos (...)”, “(...) idade cronológica definida pela Organização Mundial de Saúde, os 65 anos, idade a partir da qual se considera a pessoa idosa.”

Segundo dados do INE, por volta de 2020 as pessoas com mais de 65 anos representarão 18,1% da população portuguesa, em 2001 e de acordo com os censos a percentagem de idosos era de 16,4%, ultrapassando a dos jovens que era de 16%. Dos 10 milhões de habitantes em Portugal, cerca de um milhão e meio são idosos.

Envelhecer é um processo complexo, dinâmico, evolutivo e irreversível, influenciado por aspectos biológicos, socioculturais, políticos e económicos, a que todos os seres estão sujeitos com a passagem do tempo.

O envelhecimento, processo universal e complexo, pode ser considerado como um processo contínuo que acompanha a pessoa ao longo da vida; é um fenómeno normal, inerente à vida e universal. No entanto, uma evolução mais rápida e mais notória observa-se nas últimas fases da vida das pessoas. (Fernandes, 2000 *cit in*. Moniz, 2003, p. 48)

Segundo Berger e Poirier (1995, p.87) o aumento do número de pessoas idosas em relação à restante população é considerado envelhecimento.

O envelhecimento físico que é caracterizado como a “perda progressiva da capacidade do corpo para se renovar”, o envelhecimento psicológico é a “transformação dos processos sensoriais, perceptuais, cognitivos e da vida afectiva do indivíduo” e por fim o envelhecimento social é a “influência que o indivíduo e a sociedade exercem um sobre o outro” (Berger e Poirier, 1995, p.2).

O processo de “maturação” e de envelhecimento humano, é um processo individual e, ao mesmo tempo, colectivo, contínuo e cíclico, eminentemente pessoal. Ocorre tanto no contexto de inter-relações de variáveis físicas, químicas e biológicas, como, no contexto de variáveis que são de carácter psíquico, cultural e social. (Osório e Pinto, 2007)

Berger e Poirier (1995, p. 126) definem dois tipos de envelhecimento, o primário e o secundário.

O envelhecimento primário refere-se ao processo de senescência normal, enquanto que o envelhecimento secundário refere-se ao aparecimento, com a idade, de lesões patológicas, que se mantêm potencialmente reversíveis. No envelhecimento primário, as qualidades necessárias à vida e à sobrevivência modificam-se e são substituídas por outras. No envelhecimento secundário, a existência de lesões associadas às diferentes alterações normais, contribui para alterar ainda mais a capacidade de adaptação do indivíduo.

A Organização Mundial de Saúde estabelece como meta a ser atingida até 2020, “envelhecer com boa saúde”, ou seja, as pessoas com mais de 65 anos deveriam ter a possibilidade de utilizar todas as suas potencialidades de saúde e manter um papel activo na sociedade. Especifica a necessidade de aumentar em pelo menos 20% da esperança de vida sem qualquer invalidez em pessoas com 65 anos, bem como, no total de pessoas com 80 anos, aumentar em cerca de 50%, os níveis de saúde que lhes permita conservarem-se, num contexto domiciliário mantendo a sua autonomia, auto-estima e um lugar na sociedade.

Segundo J. M. Nazareth (1993), particularmente a partir da segunda metade do séc. XX, despontou um novo fenómeno nas sociedades desenvolvidas, designado por envelhecimento demográfico. É, sem dúvida, um dos fenómenos sociais mais relevantes do final do séc. XX e início do séc. XXI, longe ainda de atingir o seu apogeu.

De acordo com Pimentel *cit in.* Moniz (2003, p. 41) este fenómeno de envelhecimento, só é considerado inquietante porque se desenrola num contexto adverso devido à diminuição da taxa de natalidade, à instabilidade familiar, à falta de apoio por parte da família do próprio idoso, à exclusão social e despersonalização das relações sociais, que agravam as condições de vida dos idosos levando-os a uma posição desvantajosa na sociedade.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, da DGS, tem como objectivos fundamentais promover a saúde, autonomia e independência dos idosos, através da prevenção de comportamentos de risco e da promoção de boas práticas, melhorando as práticas profissionais de saúde no campo do envelhecimento.

Verifica-se então, um enorme interesse das sociedades ocidentais por esta problemática, tanto pelo forte impacto social, como pelas dimensões que assumiu e pelas consequências demográficas, sociológicas, económicas e políticas que daí advêm. O envelhecimento da população, tornou-se então, uma preocupação emergente à escala mundial.

Portugal, à semelhança de outros países da Europa do Sul, apresenta um aumento no número de pessoas idosas na sua população, facto devido à diminuição da taxa de natalidade, ao aumento da esperança média de vida e à emigração. O número de idosos aumentou consideravelmente e de forma desigual em diferentes partes do país, verificando-se a existência de zonas de assimetria a nível sócio-económico, nomeadamente a zona interior muito envelhecida, a zona centro medianamente envelhecida e a zona litoral a menos envelhecida (Costa et alli., 1999).

Segundo Moniz (2003, p. 39),

Compreender o envelhecimento, como um processo dinâmico, conduz, necessariamente, a uma mudança de atitudes em relação às pessoas idosas e permite aos enfermeiros elaborarem acções específicas direccionadas a estas pessoas.

“Pela primeira vez, a expectativa de gozar de uma vida longa saudável e produtiva é acessível à maioria das pessoas e não apenas a um pequeno grupo privilegiado.” (Tabloski, 2004, p. 626 *cit in* Rodrigues, 2007, p. 237)

4.2 A Dependência, Independência e Autonomia na velhice

No idoso, a manutenção da autonomia e da independência estão intimamente relacionadas com a qualidade de vida. Efectivamente, uma forma de qualificar a qualidade de vida de um idoso, é avaliando o grau de autonomia e o grau de dependência com que o mesmo desempenha as funções do seu dia-a-dia (Lemos e Medeiros, 2002).

As expressões de dependência e autonomia envolvem uma relação dinâmica, expressa de formas diferentes nas diversas fases de desenvolvimento.

Parafraseando Duarte e Diogo (2000, p. 60) da interacção entre eventos biológicos e sociais ao longo do desenvolvimento, nos quais se enquadram certas exigências a nível do desempenho, competências, conceitos e atitudes, resultam diferentes padrões de autonomia - dependência dos indivíduos em momentos diversos do seu crescimento.

Dependência resulta quando a pessoa necessita de algo ou de alguém que a ajude no seu quotidiano, já pelo contrário independência verifica-se quando a pessoa é auto-suficiente (Duarte e Diogo, 2000, p. 63).

O termo autonomia, que se pode confundir com independência significa “autogoverno, que se expressa na liberdade para agir e para tomar decisões” (Duarte e Diogo, 2000, p. 62).

Atesta-se que é nos grupos em idade mais avançada que se encontra um maior número de indivíduos em situação de dependência. A avaliação do nível de dependência tem como objectivo determinar as necessidades de cuidados para, partindo desse ponto, os serviços de cuidados no domicílio, com a pessoa e a família, definirem o tipo de intervenção adequada, sobretudo quanto aos cuidados de saúde e de apoio social, à periodicidade e durabilidade dos mesmos.

De acordo com Santos (2002), a dependência no envelhecimento pode estar em um ou vários elementos como o aumento nas perdas físicas e nas experiências de incapacidade; falta de apoio e afecto familiar; o isolamento e solidão devido à perda de familiares e amigos; a inactividade proveniente da reforma ou perda de forças, originando diminuição dos rendimentos económicos; a alteração do estatuto e perda de prestígio e a passividade por não ter compromissos.

O mesmo autor refere que em determinadas situações, o idoso necessita de ajuda para adquirir ou readquirir a sua independência e autonomia, de modo a manter o equilíbrio fisiológico e emocional, já que o corpo e a mente são inseparáveis.

4.3 Estruturas de apoio

O aumento da população com idades mais avançadas, exige alguns cuidados específicos, em resultado das limitações que lhe estão associadas, o que implica uma resposta da sociedade no desenvolvimento de estruturas de apoio ao idoso e à família. É necessário integrar os idosos na sociedade e na família, garantindo-lhes os meios e os

recursos necessários a uma vida, que se prevê ser cada vez mais longa e se deseja com qualidade.

Para São José, Wall e Correia (2002), o processo de escolha e de organização dos apoios depende de vários factores, tais como o grau de dependência da pessoa idosa, o grau de disponibilidade de apoios informais e formais, e o rendimento familiar. Para estes mesmos autores, os cuidados sociais são também entendidos como todo o tipo de apoio que é prestado com o objectivo de ajudar os indivíduos dependentes nas suas actividades quotidianas, apoio esse que pode ser prestado numa base informal, ou numa base formal, ou seja, por serviços públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos (Lopes, 2007, p. 42).

Em Portugal começa-se a falar de cuidados no domicílio nos finais da década de 70, decorrente do aumento do número de pessoas com mais de 65 anos. O aumento da esperança de vida, aliado à mudança de hábitos e estilos de vida dos portugueses foi determinante para esta mudança. Os cuidados no domicílio ganharam expressão a partir da década de 80, sobretudo no contexto da economia social, decorrente do aumento do número de pessoas idosas e das suas necessidades. Mas foi na década de 90 do séc. XX que se consolidaram e inscreveram no contexto das políticas de apoio aos idosos.

A política de cuidados às pessoas idosas tem tomado forma nos últimos cinco anos. Estas orientações são centralizadas no Ministério do Trabalho e da Segurança Social e no Ministério da Saúde. Os cuidados são organizados predominantemente no âmbito do sector não lucrativo. Tem sido efectuado um esforço para a criação de serviços e políticas activas nesta área, sobretudo na articulação entre a área de saúde e a área social e a integração dos cuidados continuados e integrados, nas vertentes preventiva, de reabilitação e, nestes últimos anos, paliativa, e com a criação da rede de cuidados continuados integrados em 2006.

Actualmente, a política de cuidados às pessoas idosas deve orientar-se para a promoção da autonomia e independência pessoal, a partir da integração dos cuidados nas áreas social e de saúde; abrangendo determinados grupos, como as pessoas idosas, ou outras dependentes a necessitar de cuidados preventivos, curativos, de reabilitação ou paliativos, que são prestados quer em instituições quer no domicílio, prevalecendo este último sobre o primeiro; devem ser formais e informais, efectuados por profissionais

pagos ou não pagos, incluindo os cuidadores familiares e ser da responsabilidade do estado, da sociedade civil, do mercado e da família.

Hoje, existe uma diversidade de respostas sociais propiciadoras de cuidados às pessoas na condição de velhice, organizados em valências, como os centros de dia, centros de convívio, apoio domiciliário, lares residenciais e residências temporárias. Estas respostas organizadas por valências em equipamentos sociais, tendo por objectivo proporcionar cuidados para satisfazer as necessidades básicas dos idosos. A sua acção é territorial, permitindo-lhes ter um conhecimento das necessidades e do contexto social onde se inserem e dirigem a acção social de acordo com a “realidade” da pessoa.

No despacho nº 62/99 – DR, nº 264 de 12/11/99, são estabelecidas as condições a que devem obedecer as instalações e o funcionamento do SAD. Identifica os objectivos: contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias; prevenir situações de dependência e promover a autonomia; prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; apoiar os utentes e famílias na satisfação das necessidades básicas e actividades da vida diária, e colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde. Às ajudantes familiares cabe, nomeadamente: Prestar os cuidados de higiene e conforto; Apoiar na confecção de refeições e no tratamento de roupas no domicílio; Proceder ao acompanhamento das refeições; Ministras, quando necessário, a medicação prescrita, que não seja da exclusiva competência dos técnicos de saúde; Realizar no exterior os serviços necessários aos utentes e acompanhá-los nas suas deslocações e actividades de animação; Acompanhar as alterações que se verifiquem na situação global dos utentes que afectem o seu bem-estar, por forma a permitir a avaliação da adequação do plano de cuidados.

Estas respostas organizadas prestam cuidados, satisfazendo as necessidades básicas das pessoas idosas que as utilizam, havendo, contudo, ainda muito a fazer.

A conceptualização da política de cuidados na área das pessoas idosas integra as dimensões sociais e da saúde. O social engloba o psicossocial e o serviço social, remetendo para a satisfação das necessidades básicas fundamentais, como a

alimentação, a higiene pessoal e implicando um processo de participação, liberdade e direitos de integração social do indivíduo na comunidade. A saúde engloba a enfermagem, a reabilitação e a medicina e remete para os cuidados de saúde preventivos, de tratamento, de reabilitação e paliativos, permitindo integrar diferentes níveis de intervenção enquanto acções conjuntas pró-activas.

O fenómeno de aumento da população idosa tem suscitado interesse da sociedade em geral levando a uma visão da necessidade de atenção global à saúde desta faixa etária. Os profissionais de saúde, como a própria população idosa tomaram conhecimento das implicações do fenómeno de envelhecimento e da sua importância.

O envelhecimento populacional proporcionou o aparecimento de diversas respostas sociais cujo objectivo principal é a satisfação das necessidades básicas. Em resultado do crescente surgimento de situações patológicas e de dependência surge a necessidade da prestação de cuidados de saúde e de enfermagem.

Para que sejam detectadas as necessidades dos idosos e conhecer a satisfação dos mesmos relativamente aos serviços prestados, é necessário efectuar visitas domiciliárias.

Visita domiciliária – é a consulta efectuada por qualquer membro da equipa de saúde ou apoio no domicílio do doente, por impossibilidade de este se deslocar ao centro de saúde ou outro estabelecimento de saúde. A avaliação das necessidades deverá ser efectuada de forma global e sistémica, a fim de encontrar respostas planeadas pelos vários grupos profissionais envolvidos (Lopes, 2007, p.41).

“(…) a avaliação multidimensional, prioritariamente interdisciplinar, constitui a chave para a formulação de um plano de cuidados e um esquema apropriado para manutenção da saúde do idoso.” “(…) planejada para detectar problemas médicos, psicossociais e funcionais da pessoa idosa (…)” (Filho e Netto, 2006, p.73)

4.4 Satisfação

Visto que o objectivo geral deste trabalho é conhecer a satisfação dos idosos relativamente a serviços que lhes são prestados, torna-se necessário definir satisfação “obtem-se quando um individuo equilibra as suas expectativas com o rendimento real do bem ou serviço, ou inclusivamente supera as suas previsões” (Rivas et alli, *cit in* Alves, 2003, p. 132) é também “(...) um método de avaliar os resultados e a qualidade dos cuidados.” (Donabedian, 1966, *cit. in* Sheehy’s, 2001, p. 76).

“De um modo intuitivo, poderemos dizer que a satisfação está associada à obtenção de certos resultados (...)” (Alves, 2003, p.87). No caso de um indivíduo doente o resultado único que este objectiva é a sua melhoria de saúde, no caso do idoso com dependência o resultado esperado é o apoiar e suprir as áreas de dependência. A natural ambição humana traduz isso mesmo, para cada pequeno pormenor dos mais diferentes aspectos da vida estabelecemos objectivos, que quando alcançados, e tendo em conta os esforços desenvolvidos para os alcançar, vão produzir satisfação.

“(...) (o homem) considera-se como (...) determinado a ser feliz (...)” (Alves, 2003, p.95). Ser feliz, é de facto, o objectivo primordial de todos os Homens, e a satisfação aos mais diversos níveis (bio-psico-socio-cultural) resulta nisso mesmo, daí a sua elevada importância. O factor satisfação em relação ao estado de saúde é a base da satisfação relativa a todas as outras necessidades.

“(...) satisfação (...) o simples facto de as necessidades ou os desejos se encontrarem “satisfeitos”. A satisfação é a constatação que exprime um certo grau de realização.” (Alves, 2003, p. 43)

De acordo com Ribeiro (2005, p.53) “ (...) o sentido da satisfação é dado pelo próprio sujeito. (...) Sendo um aspecto determinado por cada pessoa, pressupõe elementos afectivos e cognitivos individuais.”

Segundo Miguel e Pereira (*cit. in* Carr-Hill, 2007, p.61) a satisfação humana é um conceito complexo que se relaciona com um grande número de factores incluindo

estilos de vida, experiências anteriores, expectativas futuras e valores individuais e da sociedade.

Para Evrard (1995, p. 2 *cit in* Alves, 2003, p. 170) “a satisfação não é o prazer retirado da experiência de consumo, é a avaliação resultante de que a experiência foi, no mínimo, tão boa como se supunha que fosse.”

4.5 O papel do enfermeiro no processo de envelhecimento

A finalidade da enfermagem é a promoção da saúde, o cuidar, a prevenção da doença e a sua cura, mostrando a globalidade que a sua boa prática permite.

O processo de enfermagem envolve uma abordagem holística dos indivíduos e do cuidado que requerem e, as acções de enfermagem visam a promoção da independência máxima.

A maioria dos idosos reside na comunidade, os enfermeiros são desafiados a ajudar os idosos a: manter a independência, prevenir os riscos para a saúde e o bem-estar, estabelecer estilos de vida saudáveis e desenvolver estratégias de autocuidado.

A Enfermagem comunitária é definida como:

Síntese da enfermagem geral da saúde pública aplicada à promoção e manutenção da saúde das populações. A actividade é de carácter global tendo como principal responsabilidade a população como um todo. (Stanhope e Lancaster, 1999, p. 1192).

Como diz Moniz (2003, p. 30)

Aos enfermeiros compete acompanhar e, sempre que necessário, substituir as pessoas que por qualquer motivo possam estar temporariamente ou definitivamente incapacitadas de levar a cabo as suas actividades de vida.”

Berger e Poirier (1995) referem alguns objectivos que os enfermeiros devem ter em conta na prestação de cuidados às pessoas idosas:

- Proteger e promover a saúde;
- Prevenir qualquer complicação decorrente de situações patológicas;
- Satisfazer as necessidades de saúde identificadas, percebidas e/ou expressas;
- Favorecer a identidade e a autonomia da pessoa;
- Prevenir o isolamento social;
- Ajudar a pessoa na preservação das suas capacidades físicas, psicológicas e sociais;
- Ajudar a pessoa no desenvolvimento de novas capacidades;
- Estimular a pessoa a inserir-se no seu meio.

Como já referido anteriormente, o enfermeiro tem um papel importante na promoção da saúde e prevenção da doença com o intuito de impedir/atenuar o aparecimento de situações que alterem a capacidade funcional do idoso.

Os cuidados preventivos, de acordo com Saldanha et alli (2004, p. 80) “(...) são os procedimentos para evitar uma condição previsível e não desejada.”

O mesmo autor considera os cuidados preventivos divididos em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária.

Na prevenção primária estão implícitas medidas de prevenção de doenças e manutenção da saúde como, condições habitacionais adequadas, recursos monetários, acesso a

serviços de saúde, entre outros; a prevenção secundária está direccionada para procedimentos profissionais, como consultas médicas e de enfermagem regulares, que permitem detectar as doenças antes da manifestação dos sintomas; a prevenção terciária diz respeito a medidas de prevenção de complicações e minimização de sintomas.

A meta global é a promoção da saúde do indivíduo e da comunidade. A consecução desta meta implica que o enfermeiro actue aos três níveis de prevenção (referidos anteriormente), com ênfase na prevenção primária.

A ação do cuidar inicia no domicílio, observando a higiene, a iluminação, a ventilação; engloba a atenção às necessidades alimentares, tanto na qualidade das dietas como na maneira de fornecê-las; garante o equilíbrio entre atividades físicas e repouso, entre lazer e trabalho. O cuidador atento e informado disponibiliza seus esforços para aquisição e preservação do que seja qualidade de vida daquele de quem cuida. (Saldanha et alli, 2004, p. 79)

Os enfermeiros estão na posição ideal para ajudar a dar resposta às necessidades de saúde actuais e futuras dos idosos, uma vez que detêm conhecimentos sobre a prevenção da doença e promoção da saúde.

De entre os diversos papéis que os enfermeiros têm que assumir, o de gestores e coordenadores é dos mais importantes na comunidade. Isto significa que têm que gerir em conjunto com os membros da família da pessoa assim como com os serviços sociais e de saúde, ligações e compromissos de colaboração, a fim de melhorar o acesso aos cuidados. (World Health Organization, 1999)

Vem descrito no REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril) que, a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

A avaliação global dos idosos pelo enfermeiro compreende a identificação de problemas de saúde, alimentares, funcionais, psicossociais e outros com que os idosos se deparam.

Esta avaliação permite que o enfermeiro prepare um plano de cuidados individualizado que otimizará o nível de funcionamento do idoso.

4.6 Avaliação Funcional

De acordo com Blanco (2007, p. 16) a avaliação funcional é um processo no qual se colhem e interpretam dados com base no nível de capacidade funcional do indivíduo. É tendo em conta estas informações que se conhece o diagnóstico e prognóstico das limitações do idoso e, que se formarão decisões sobre os cuidados a prestar.

Saber o que a pessoa idosa fazia há duas semanas atrás, o que é capaz de fazer hoje e o que poderá fazer amanhã, ou seja, o que dificulta a sua independência funcional, torna-se uma questão importante na avaliação funcional. (Saldanha et alli, 2004, p.135)

“Mais do que saber a idade ou as doenças que porventura estejam acompanhando o processo de envelhecimento, o importante é saber o que o idoso é capaz de fazer.” (Saldanha et alli, 2004, p.133)

A avaliação funcional deve permitir avaliar a independência do idoso para a realização de actividades básicas de vida diária (ABVD's), actividades de relação e utilização do meio que a rodeia (AIVD's) e actividades de lazer e entretenimento (AAVD's).

As AVD's (actividades de vida diária) são as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continências urinária e fecal. As AIVD's são as habilidades do idoso para administrar o ambiente em que vive e inclui as seguintes acções: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar a roupa, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicação, fazer compras e utilizar os meios de transporte.

Actividades como acordar, sair da cama, ir à casa de banho e fazer a higiene pessoal, preparar e tomar o pequeno-almoço, sair de casa e interagir com outras pessoas, fazer compras para casa, voltar para casa e continuar o dia até à hora de ir para a cama, são

actividades simples, do quotidiano, que caso a pessoa não consiga realizá-las, será necessário que alguém o faça por ela. Deste modo, torna-se necessário efectuar uma avaliação cuidada de forma a mobilizar as acções necessárias.

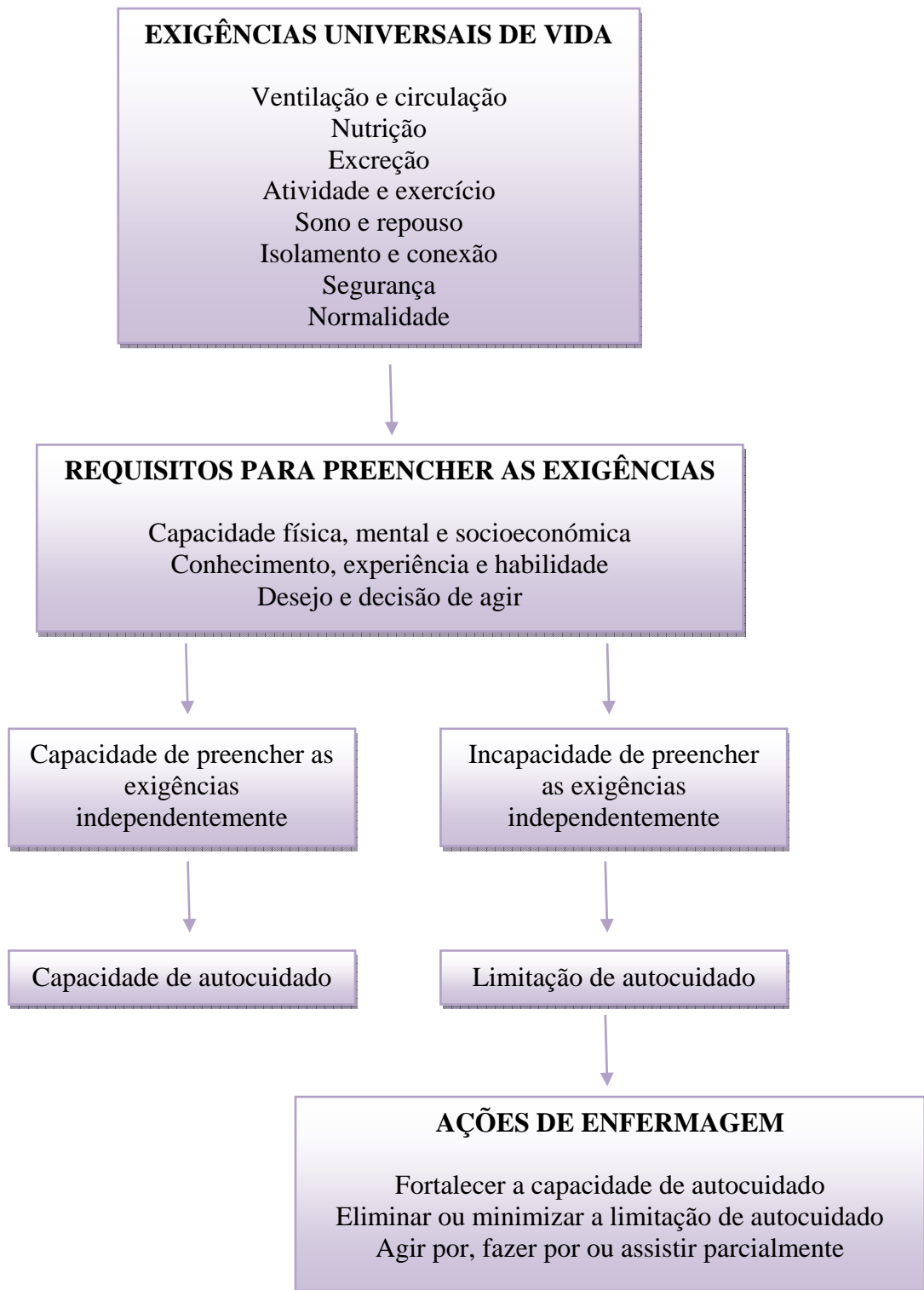
Segundo Saldanha et alli, (2004, p.135), a pessoa deve ser observada no seu ambiente e avaliada relativamente ao seu funcionamento mental (cognitivo), ambiente físico, situação socioeconómica e percepção da mesma em relação à sua qualidade de vida.

A mesma autora refere que o objectivo é promover, manter ou melhorar a qualidade de vida e a autonomia do idoso, mantendo-o no seu meio natural, sem deixar de respeitar a sua dignidade e preferências.

A capacidade de preservação da independência significa poder sobreviver sem ajuda para as AVD's

Se o indivíduo tiver sucesso no preenchimento das exigências da vida, não há necessidade de intervenção de enfermagem, exceto para reforçar a capacidade de autocuidado (Eliopoulos, 2005, p. 100).

Baseando-se na teoria de autocuidado de Orem, foi construído um modelo que serve para a enfermagem gerontológica (Eliopoulos, 2005, p. 99):



Filho e Netto (2006, p. 78), consideram que:

A utilização de instrumentos de avaliação sensíveis e de fácil aplicação, e o papel de uma equipa interprofissional capacitada constituem o binómio adequado para o diagnóstico mais preciso da situação funcional, para o tratamento da doença determinante do distúrbio funcional e para o estabelecimento de um programa adequado de prevenção.

II - FASE METODOLÓGICA

Segundo Polit e Hungler (1995, p.33),

a fase metodológica caracteriza-se pela tomada de decisão acerca dos métodos que se utilizam para responder à problemática além de planear a colheita de dados e influenciar na validade e interpretabilidade dos resultados.

1. Método de investigação

Neste trabalho de investigação a recolha e processamento de dados foi feita com base no método quantitativo na vertente descritiva simples, uma vez que se pretendeu descrever uma diversidade de aspectos relacionados com a satisfação do idoso domiciliado em relação os cuidados prestados pela IPSS.

O método de investigação quantitativo “ (...) é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis”, que tem por finalidade “ (...) contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos.” (Fortin, 2003, p.22).

2. População alvo, amostra e processo de amostragem

De acordo com os objectivos, a população alvo no contexto deste estudo são 33 idosos domiciliados inscritos numa IPSS do concelho de Ponte da Barca.

Para a selecção da amostra, “ (...) um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (Fortin, 2003, p.202), o método de amostragem utilizado foi a amostragem não aleatória acidental, intencional.

No caso de ser não aleatória acidental (ou de conveniência), como refere Polit et alli. (2004, p. 226), “acarreta o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo.” Os indivíduos são escolhidos naquele dia, naquela hora e naquele espaço.

No caso de ser intencional (ou propositadamente), como refere Polit et alli. (2004, p. 229), “é baseada no pressuposto de que o conhecimento do pesquisador sobre a população pode ser usado para pinçar os casos a serem incluídos na amostra”.

Como características de inclusão na amostra, os idosos deveriam ter mais de 75 anos (como requisito do Easycare) e estar em condições de saúde para dar o seu consentimento e responder às perguntas do investigador.

Neste estudo, a amostra consistiu num subconjunto de idosos retirados da população que foram convidados a participar no estudo e que reuniram os critérios estabelecidos para o estudo.

Para a constituição da amostra, inicialmente foi solicitada à Directora Técnica da IPSS, uma listagem das pessoas a receber SAD com idade igual ou superior a 75 anos, sem alterações significativas da comunicação.

Através da aplicação do Teste de Diminuição Cognitiva constante no Easycare, foram seleccionados 27 idosos que cumpriam os critérios de inclusão. Destes, 22 idosos a receber apoio da IPSS, que se disponibilizaram a responder ao questionário no período compreendido entre 30 de Junho e 3 de Julho de 2009 no horário das 9 às 12h e das 14 às 17h., integraram a amostra.

O pré teste foi aplicado a 5 idosos, que não integraram a amostra.

3. Variáveis

“Por definição, uma variável tem uma propriedade inerente de variação e atribuição de valores.” (Polit e Hungler, 1995, *cit. in* Fortin, 2003, p.36).

No presente estudo, é importante referir variáveis atributo, pois abordam as características dos sujeitos no estudo: idade, género, estado civil, agregado familiar, nível de dependência, tempo de apoio da instituição, orientação do pedido de apoio. A possibilidade de ao longo do estudo constatar o aparecimento de variáveis estranhas que podem “ (...) ter efeitos inesperados e modificar os resultados de uma investigação.”

(Fortin, 2003, p.37), como por exemplo o estado de saúde do idoso no momento da colheita de dados.

As variáveis de investigação que correspondem às “ (...) qualidades, propriedades ou características (...) de situações que são estudadas numa investigação” (Fortin, 2003, p. 36) ”, correspondem neste estudo à satisfação do idoso em relação aos serviços prestados pela IPSS, aos ajudantes familiares e, no caso de ter recebido apoio da equipa de enfermagem do Centro de Saúde, relativamente à sua actuação, ao nível de dependência do idoso.

4. Instrumento de colheita de dados

Para a recolha de informação foi realizado um inquérito por questionário, composto por perguntas fechadas (ver anexo 1). O inquérito por questionário, segundo Quivy e Campenhoudt (2003, p. 188) “Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões (...)”.

A problemática desta pesquisa exigiu, por um lado, um instrumento que captasse quais as necessidades em cuidados de saúde e em apoio domiciliário e, por outro lado, um instrumento que oferecesse aos inquiridos a possibilidade de se expressarem e de avaliarem o seu grau de satisfação relativamente ao tipo e qualidade dos serviços prestados.

Para que se conseguisse aferir a necessidade destes cuidados foram aplicadas a escala Easycare para verificar a dependência ou independência dos idosos face às necessidades básicas, desde a alimentação, o vestuário, a mobilidade, o uso de ajudas técnicas entre outros, foi aplicado também um questionário para verificar que serviços lhe são fornecidos e o nível de satisfação dos idosos relativamente aos serviços prestados e a quem os presta.

A Easycare (Escala de Avaliação da Qualidade de Vida e Bem-estar do Idoso de Sousa e Figueiredo, versão portuguesa 1999-2002) é um sistema utilizado para proporcionar

uma avaliação rápida do bem-estar físico, mental e social da pessoa com 75 anos ou mais, através de uma descrição global das suas necessidades.

Permite avaliar incapacidades físicas (acuidade visual, acuidade auditiva, mastigação, discurso), qualidade de vida percebida pelo sujeito, área instrumental/funcional (capacidade para: fazer o trabalho doméstico, preparar as próprias refeições, ir às compras, administrar o próprio dinheiro, usar o telefone e tomar os medicamentos); mobilidade (capacidade de sair de casa e caminhar na rua, movimentar-se dentro de casa, subir e descer escadas, deslocar-se da cama para a cadeira, utilizar a sanita (ou cadeira sanitária), usar a banheira ou o chuveiro); actividades de cuidados pessoais (capacidade para cuidar da aparência pessoal, vestir-se e alimentar-se); controlo dos esfíncteres; Escala Geriátrica de Depressão; Teste de diminuição cognitiva. No que diz respeito à cotação, a pontuação máxima para a incapacidade é 100. As pontuações mais elevadas significam maior incapacidade.

Esta escala debruça-se sobre oito áreas específicas e que apresentam de acordo com os mesmos autores:

Incapacidade Física

As questões desta área referem-se a eventuais problemas no domínio da visão, audição, mastigação e fala/linguagem. Tentam também recolher informação sobre eventuais dificuldades que possam decorrer do uso de determinados instrumentos (óculos, “aparelho” auditivo, prótese dentária).

Qualidade de vida percebida pelo sujeito

Refere-se à qualidade de vida tal como é percebida pelo próprio sujeito, considerando a saúde, a solidão e a habitação.

Área Funcional

Estas questões têm em conta o facto da pessoa idosa não realizar habitualmente uma determinada tarefa ou actividade mas de também ter a possibilidade que isso aconteça. Como tal, pretendem averiguar se a pessoa se sente capaz de realizar uma actividade, caso isso venha a ser necessário (por exemplo, a um homem que nunca tenha cozinhado deve-se-lhe perguntar se, havendo necessidade, o conseguiria fazer).

Se a pessoa idosa sente algumas dificuldades ou mesmo incapacidade no desempenho de determinada tarefa, deve registar-se a informação relativamente ao apoio que, eventualmente recebe (cônjuge ou companheiro, membro da família, vizinho, amigo, ajuda privada, serviços de uma instituição, ajuda não disponível, outra).

Mobilidade

Tal como nas questões anteriores, se a pessoa idosa sente algumas dificuldades ou mesmo incapacidade em desempenhar uma actividade, deverá assinalar-se o quadrado relativo à eventual entidade que lhe presta apoio.

Actividades de Cuidados Pessoais

Também neste campo se procederá ao mesmo registo que nos campos anteriores.

Controlo Esfincteriano

De referir que neste campo o idoso se poderá sentir embaraçado, devido à natureza das questões e que por isso deve demonstrar-se sensibilidade na sua explicação.

Também nestas questões se procede ao registo da entidade que presta ajuda no caso de incapacidade da pessoa idosa.

Escala Geriátrica de Depressão (quatro itens)

A depressão constitui um problema de saúde mental comum às pessoas idosas. Muitas vezes, encara-se a depressão como uma consequência natural de uma idade avançada não sendo, por isso, diagnosticada. Consequentemente, esta ausência de diagnóstico pode impedir o acesso da pessoa a um tratamento que poderá melhorar a sua qualidade de vida.

Os quatro itens da Escala são o resultado de 30 itens de um questionário de respostas sim/não, projectado essencialmente para diagnosticar sintomas de depressão nas pessoas idosas. É um importante procedimento que ao ter a possibilidade de detectar sintomas de depressão pode conduzir a um conhecimento mais detalhado da situação.

Teste de Diminuição Cognitiva

Este teste tem carácter opcional, isto é, pode ser aplicado se há suspeita de uma diminuição cognitiva significativa ou pode não ser aplicado no caso de se sentir que tal poderá constituir uma ofensa para a pessoa idosa.

O questionário, elaborado pela investigadora, é composto por duas partes. A primeira refere-se às características sócio-demográficas da amostra, sendo constituída por: idade, sexo, agregado familiar, nível de dependência, tempo de apoio da instituição, orientação do pedido de apoio, estado civil.

A segunda parte aborda questões como os serviços fornecidos (enfermagem e SAD), outros serviços que gostava que lhe fossem prestados, nível de satisfação relativamente aos SAD, ajudantes familiares e equipa de enfermagem.

Nos itens referentes à satisfação, utilizou-se uma escala de Likert correspondente a 4 valores.

Foi solicitada a ajuda das ajudantes familiares afectas aos serviços, bem como a opinião expressa pelos idosos, para que o levantamento de necessidades correspondesse o mais fielmente possível à realidade.

5. Pré-teste

A aplicação do pré-teste é deveras importante e indispensável, pois o objectivo deste é “avaliar a eficácia e a pertinência” (Fortin, 2003, p.253), dos instrumentos de colheita de dados. Com a realização deste pré-teste pode-se verificar erros de formulação de questões, sequência e ainda problemas de registo das respostas.

Aplicou-se o pré-teste a 5 idosos da população alvo, com vista à validação do questionário, no dia 30 de Junho de 2009, não havendo necessidade de proceder a alterações. É importante referir que os dados colhidos no pré teste não foram utilizados para efeitos de análise de dados, servindo apenas para validar os instrumentos de colheita de dados.

6. Princípios éticos

Qualquer investigação efectuada a seres humanos levanta questões éticas e morais, tornando-se necessário analisar os procedimentos e utilizá-los sempre de forma a salvaguardar os direitos dos sujeitos.

A investigação aplicada a seres humanos pode causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, como tal, foram determinados pelo código da ética cinco princípios ou direitos das pessoas:

O direito à autodeterminação que consiste na escolha livre da pessoa participar ou não na investigação (Fortin, 2003, p. 116).

O direito à intimidade que se refere à liberdade da pessoa de decidir sobre a informação a dar quando participa numa investigação e a determinar se aceita partilhar informações íntimas e privadas (Fortin, 2003, p. 116-117).

O direito ao anonimato e à confidencialidade que é respeitado se a identidade do sujeito não for associada a respostas individuais, até mesmo pelo próprio investigador (Fortin, 2003, p. 117).

O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo que corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem (Fortin, 2003, p. 118).

O direito a um tratamento justo e equitativo que se refere ao direito que o sujeito tem de ser informado sobre a natureza da investigação para a qual é solicitado, assim como os métodos utilizados no estudo (Fortin, 2003, p. 119).

Durante o percurso de realização deste trabalho de investigação, respeitaram-se as considerações éticas anteriormente referidas da seguinte forma:

- Obteve-se consentimento informado dos entrevistados;
- Salvaguardou-se a confidencialidade da informação obtida e o anonimato dos entrevistados, não associando a identidade do sujeito a nenhuma resposta individual ou identificando o questionário da pessoa em questão;
- Respeitou-se os entrevistados na sua integridade, proporcionando-lhe um ambiente de bem-estar, respeitando as suas crenças e valores e opiniões individuais, garantindo o máximo de confiança.
- Esclareceu-se os entrevistados acerca da natureza do estudo e os métodos utilizados, garantindo um tratamento justo e equitativo, ou seja, proporcionando os mesmos direitos a todos os inquiridos de modo a que não fossem causados desconfortos ou prejuízos e garantindo a sua liberdade de participação.

Assim, no estudo em questão foram tomadas todas as medidas necessárias para proteger os direitos e liberdades dos indivíduos que participaram no processo de investigação. Em relação ao princípio da autodeterminação foi aplicado o consentimento informado, exemplar elaborado pela Universidade Fernando Pessoa (ver anexo 2).

7. Tratamento de dados

Após a recolha de dados deve-se proceder à análise dos mesmos. Segundo Fortin (2003, p.271) “a escolha das ferramentas estatísticas depende principalmente do tipo de investigação efectuada, do tipo de variáveis utilizadas e das questões de investigação que foram formuladas.”

Depois da aplicação do instrumento de colheita de dados, estes foram recolhidos e tratados recorrendo ao programa informático SPSS versão 17.0. Posteriormente foram apresentados em gráficos e quadros para uma melhor análise e discussão dos resultados.

III – FASE EMPÍRICA

Depois de terminada a colheita de dados, analisa-se os mesmos e a etapa seguinte é a da apresentação dos resultados tendo em conta as questões de investigação.

A fase da interpretação dos dados, exige uma conclusão dos resultados com base na comparação dos mesmos com a teoria, trabalhos de investigação já existentes que trataram o mesmo assunto e no pensamento crítico do investigador.

1. Apresentação, análise e discussão dos resultados

1.1 Caracterização da amostra

Os elementos constantes da caracterização da amostra são os seguintes: género, idade, estado civil e agregado familiar.

A amostra a que se refere o presente estudo é constituída por 22 idosos inscritos numa IPSS do concelho de Ponte da Barca. Engloba indivíduos de ambos os géneros, com idades que variam entre os 75 e os 95 anos.

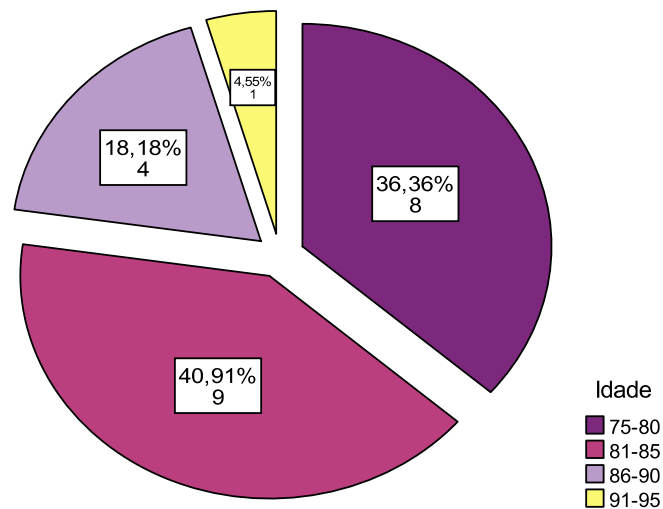
Quadro 1 – Distribuição de dados relativamente ao género

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Género		
Feminino	16	72,7%
Masculino	6	27,3%

A amostra é constituída por 16 idosos (72,7%) do género feminino e 6 idosos (27,3%) do género masculino, verificando-se então uma prevalência do género feminino.

De acordo com a Revista de Estudos Demográficos (2007, p.65), falando de envelhecimento “A tendência é mais acentuada entre as mulheres (8,1 % em 2000 e 9,0 % em 2005).”

Gráfico 1 – Distribuição de dados relativamente à idade



Para facilitar a caracterização da amostra dividiu-se as idades nas seguintes categorias [75-80], [81-85], [86-90], [91-95]. Como se pode verificar pelo gráfico, dos 22 idosos da amostra, 9 (40,91%) têm entre 81 e 85 anos, seguidos de 8 idosos (36,36%) com idade compreendida entre os 75 e os 80 anos.

O envelhecimento está bem evidenciado na evolução do peso relativo da população com 75 ou mais anos que subiu 6,8 % em 2000 para 7,5% em 2005. A população desta faixa etária representa quase metade da população idosa. A proporção dos mais idosos (80 ou mais anos) na população idosa em 2005 eleva-se a 22,9 % sendo 19,5% nos homens e 25,4 % nas mulheres (...) (Revista de Estudos Demográficos, 2007, p. 65).

Quadro 2 – Distribuição de dados relativamente ao estado civil e agregado familiar

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Estado Civil		
Solteiro	1	4,5%
Casado	6	27,3%
Viúvo	15	68,2%
Agregado Familiar		
Sozinho	14	63,6%
Com a família	7	31,8%
Lar de idosos/Família de Acolhimento	1	4,5%

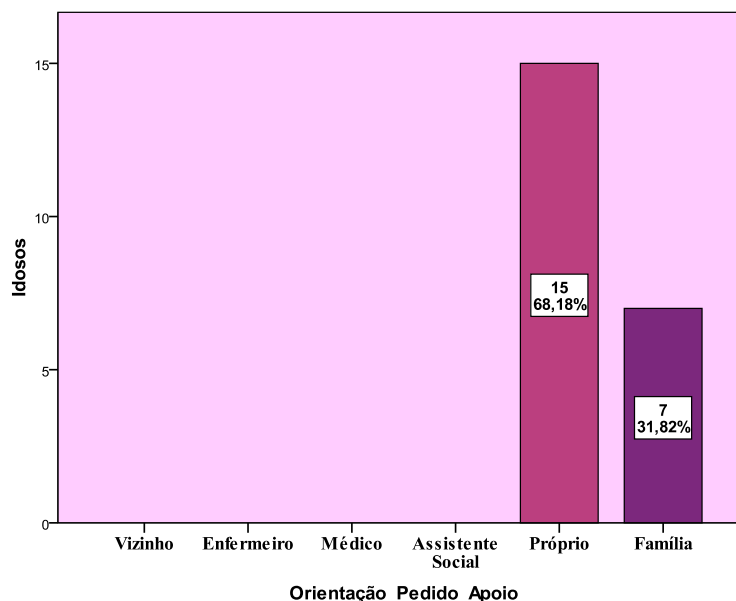
Relativamente ao estado civil dos idosos da amostra, 15 dos 22 são viúvos (68,2%), representando mais de metade da amostra. Comparando com o agregado familiar, verifica-se que 14 idosos (63,6%) vivem sozinhos, concluindo-se que os idosos viúvos viverão sozinhos.

Segundo a Revista de Estudos Demográficos (2007, p. 54)

“Em 2004, os óbitos de homens com 65 ou mais anos representavam 74,0 % do total das mortes do sexo masculino (56,6 % em 2002). Para o mesmo ano 87,2 % das mulheres tinham morrido com idade igual ou superior a 65 anos (70,9 % em 2002).”

O Manual Merck (2004, p. 794) refere que “Viver sozinho é uma situação bastante comum no caso dos idosos (...)” diz ainda que “A maioria das pessoas de 65 anos ou mais continuam a viver na sua casa e, entre as pessoas de 85 anos ou mais, uma grande percentagem continua a fazê-lo.” (2004, p. 30)

Gráfico 2 – Distribuição de dados relativamente à orientação para o pedido de apoio da IPSS



Pretendeu-se saber quem tinha feito o pedido de apoio da IPSS e, verificou-se que, da amostra, 15 idosos (68,18%) optaram eles próprios por receber apoio da instituição e 7 (31,82%) recebem apoio por pedido da família.

Quadro 3 – Distribuição dos dados relativamente ao tempo que a IPSS presta apoio ao idoso

Tempo de apoio da IPSS	Frequência absoluta	Frequência relativa
1 mês	1	4,5%
6 meses	2	9,1%
1 ano	2	9,1%
2 anos	2	9,1%
3 anos	2	9,1%
4 anos	13	59,1%

Da totalidade da amostra, 13 idosos (59,1%) recebem apoio da instituição há 4 anos, 2 (9,1%) há 3 anos, 2 anos, 1 ano e 6 meses e, 1 (4,5%) é apoiado há 1 mês.

Quadro 4 – Distribuição dos dados relativamente ao serviço de enfermagem

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Enfermagem		
Sim	4	18,2%
Não	18	81,8%

Dos 22 idosos que constituem a amostra verifica-se que apenas 4 (18, 2%) recebem apoio da equipa de enfermagem do Centro de Saúde do concelho, por conseguinte 18 (81,8%) nunca receberam visita dos profissionais de enfermagem.

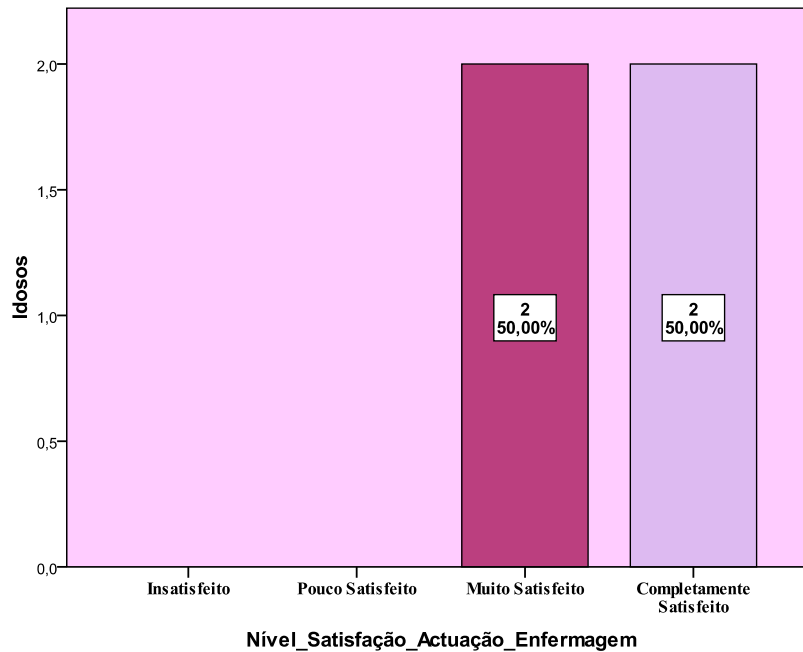
As tendências apontadas para o aumento da população idosa servem de advertência aos enfermeiros (...)” “A área de enfermagem, privilegiando uma abordagem que valoriza o auto-cuidado, tem como princípio estimular a todas as pessoas para melhorar a sua própria condição e preservar a sua saúde (Saldanha et alli, 2004, pp. 61-62).

Como refere a mesma autora (2004, p. 59)

A enfermagem é reconhecida tradicionalmente como importante componente individual de serviços necessários ao atendimento do idoso (...) visando a ajudá-lo a manter independência e apoiá-lo no autocuidado, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida. Com este propósito, os enfermeiros têm o compromisso de desenvolver ações adequadas, o mais cedo possível, para que as pessoas envelheçam preservado a sua capacidade funcional.

1.2 Dados relativos ao questionário e escala Easycare

Gráfico 3 – Distribuição de dados relativamente ao nível de satisfação dos idosos em relação à actuação da equipa de enfermagem



No que diz respeito ao nível de satisfação dos idosos em relação à equipa de enfermagem, apenas 4 puderam responder à questão uma vez que são os que recebem apoio da equipa. Dos 4 idosos 50% está muito satisfeito com a actuação dos enfermeiros e os outros 50% estão completamente satisfeitos.

Como refere Duarte “O enfermeiro é o profissional que tem o compromisso de prover atenção de enfermagem de qualidade, livre de riscos, desenvolvendo acções de saúde junto aos idosos (...)” (2004, p. 73)

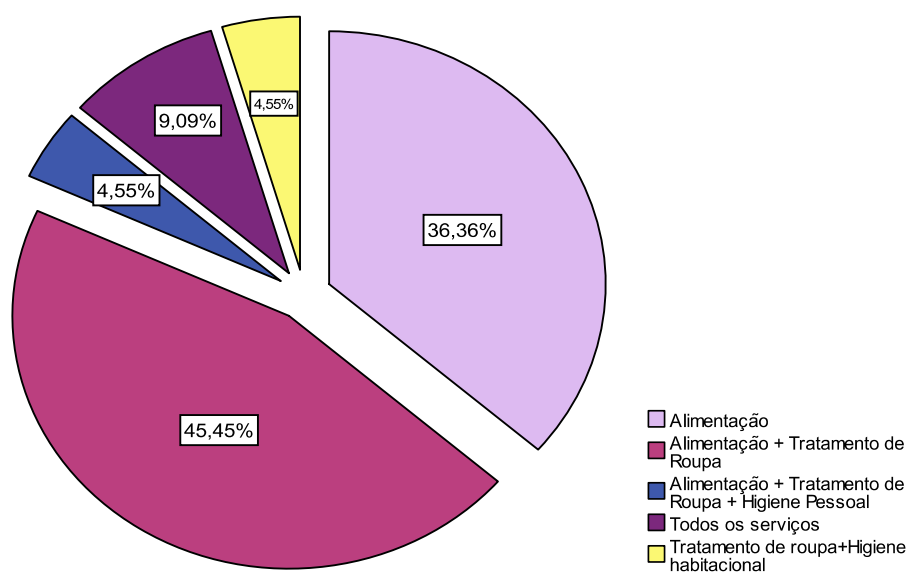
Eliopoulos (2005, p. 488) considera que,

As enfermeiras são desafiadas a ajudar os idosos a manter a independência, prevenir os riscos para a saúde e o bem-estar, estabelecer estilos de vida significativos e desenvolver estratégias de autocuidados para as necessidades de saúde e médicas.

Berger e Poirier (1995, p. 6) afirmam que “A enfermeira (...) deve ser muito humana e deve dar provas de autenticidade nas suas relações com os clientes (...)”

“a satisfação não é o prazer retirado da experiência de consumo, é a avaliação resultante de que a experiência foi, no mínimo, tão boa como se supunha que fosse” (Evrard, 1995, p. 2 *cit in* Alves, 2003, p. 170)

Gráfico 4 – Distribuição dos dados relativamente ao serviço de apoio domiciliário



Depois de recolhidos os dados houve necessidade de agrupar os serviços fornecidos em categorias: alimentação; alimentação+ tratamento de roupa; alimentação+tratamento de roupa+higiene pessoal; tratamento de roupa+higiene habitacional e todos os serviços.

Como se pode verificar pelo gráfico, 10 idosos (45,45%) usufruem dos serviços de alimentação e tratamento de roupa, 8 (36,36%) usufruem apenas do serviço de alimentação, 2 idosos (9,09%) recebem todos os serviços de apoio domiciliário, 1 (4,5%) usufrui da alimentação+tratamento de roupa+higiene pessoal e 1 (4,5%) tratamento de roupa+higiene habitacional.

Carvalho refere que,

Em Portugal a maior parte dos cuidados aos idosos no domicílio é prestada por instituições particulares de solidariedade social, associações de solidariedade e irmandades da misericórdia. Estas instituições promovem uma acção organizada por “valências” com vista à satisfação das necessidades dos utilizadores desses serviços (SD, p. 19).

De acordo com a DECO PRO TESTE

Cuidados de higiene ou saúde, limpeza e arrumação da casa, confecção ou entrega de refeições, tratamento de roupas, entre outros, são alguns dos serviços que podem ser prestados a idosos (...) ficando este no conforto da sua casa.” E estes serviços são “Prestados pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) (...)

Quadro 5 – Distribuição de dados relativamente ao nível de satisfação dos idosos em relação aos serviços de apoio domiciliário

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Alimentação		
Pouco satisfeito	3	13,6%
Muito satisfeito	10	45,5%
Completamente satisfeito	8	36,4%
Tratamento de roupa		
Muito satisfeito	6	27,3%
Completamente satisfeito	8	36,4%
Higiene habitacional		
Completamente satisfeito	3	13,6%
Higiene pessoal		
Completamente satisfeito	3	13,6%

Relativamente ao nível de satisfação dos idosos em relação aos serviços de apoio domiciliário, dos 22 idosos apenas 21 têm o serviço de alimentação e acerca do mesmo 10 idosos (47,62%) encontram-se muito satisfeitos com o serviço e 3 (14,29%) revelaram estar pouco satisfeitos.

Quanto ao serviço de tratamento de roupa, dos 22 idosos apenas 14 o recebem, sendo que 8 (36,4%) se encontram completamente satisfeitos e 6 (27,3%) muito satisfeitos.

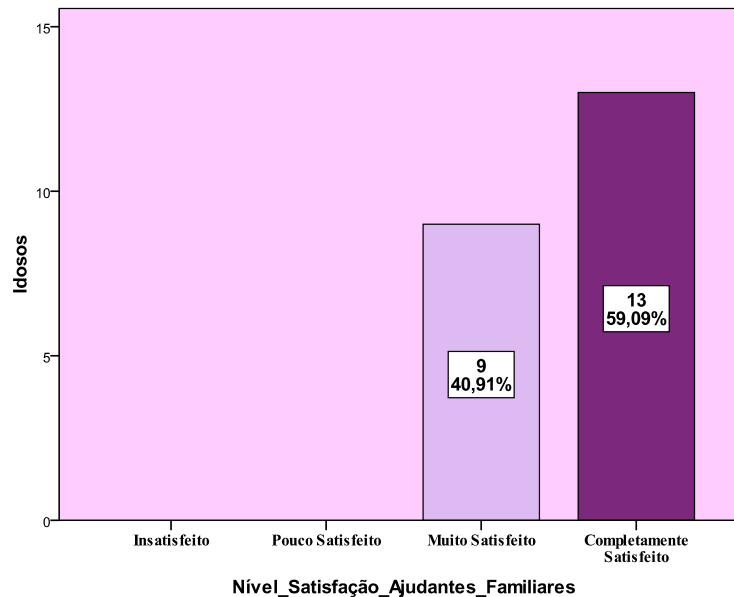
Falando agora dos serviços de higiene, 3 dos 22 idosos têm o serviço de higiene habitacional e 3 o serviço de higiene pessoal, relativamente ao nível de satisfação encontram-se completamente satisfeitos.

Da análise dos gráficos, constata-se que, relativamente ao apoio domiciliário, os idosos na sua maioria se encontram muito satisfeitos.

Trigueiros e Mondragón (2002 *cit in* Osório e Pinto, 2007, pp. 155-156) fazem uma avaliação das funcionalidades do apoio domiciliário:

As funções assistenciais cobrem a assistência às pessoas, famílias ou colectivos que necessitam do apoio domiciliário para poder subsistir, e ou ajuda para superar um momento de crise ou conflito. Cobre a necessidade de limpeza, preparação de alimentos e cuidados pessoais e do domicílio, melhorando a qualidade de vida (...) o apoio domiciliário é de facto um dos pilares no apoio do idoso (...)

Gráfico 5 – Distribuição de dados relativamente à satisfação dos idosos em relação às ajudantes familiares



Uma vez que quem vai a casa dos idosos são as ajudantes familiares da instituição, achou-se que se deveria perguntar aos idosos o seu nível de satisfação em relação ao trabalho prestado por elas. Assim, 13 idosos (59,09%) estão completamente satisfeitos com as ajudantes familiares e 9 (40,91%) estão muito satisfeitos.

Saldanha et alli (2004, p. 37-40) refere que,

O cuidar é uma actividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. É o compromisso de cuidar do outro que envolve também o autocuidado, a auto-estima a auto-valorização e a cidadania do que cuida. (...) Quando aquele que cuida compreende o mundo do outro, ele vivencia uma união com este. (...) E é o cuidado que faz surgir um ser humano complexo, sensível, solidário, cordial e conectado com tudo e com todos no universo. E é aí que se pode resgatar o ser idoso como valor para a sociedade.

Para Donabedian (*cit. in.* Neto et alli., 2003, p.215) “ (...) a satisfação do cliente assume uma importância fundamental como medida da qualidade dos cuidados (...) porque nos dá informação acerca do sucesso dos prestadores (...) ”.

Quadro 6 – Distribuição de dados relativamente à Incapacidade Física

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Capacidade Visual		
Vê bem	19	86,4%
Com dificuldade	3	13,6%
Capacidade Auditiva		
Ouve bem	17	77,3%
Com dificuldade	5	22,7%
Capacidade Mastigação		
Sem dificuldade	19	86,4%
Alguma dificuldade	3	13,6%
Capacidade Verbal		
Sem dificuldade	21	95,5%
Dificuldade com algumas pessoas	1	4,5%

No que diz respeito à incapacidade física, verifica-se pelo gráfico que a maioria dos idosos não apresenta limitações nas suas capacidades. Dos 22 idosos, 19 (86,4%) vêem bem, apenas 3 (13,6%) vêem com dificuldade, 17 (77,3%) ouvem bem mas, 5 (22,7%) ouvem com dificuldade, 19 (86,4%) mastigam os alimentos sem dificuldade enquanto 3 (13,6%) o fazem com alguma dificuldade. Na capacidade verbal, 21 idosos (95,5%) falam sem dificuldade sendo que apenas 1 (4,5%) sente alguma dificuldade em expressar-se com algumas pessoas.

O Manual Merck (2004, p. 8) considera que “Muitas vezes, o sinal mais inegável do envelhecimento é uma alteração da visão.” O mesmo considera que “Ao envelhecer, algumas pessoas podem notar uma certa dificuldade em ouvir (...) a sensação de que os outros estão sempre a falar entre dentes.”

Berger e Poirier (1995, p. 224) referem que,

Vários idosos têm dificuldade em cortar, mastigar e ensalivar, dependendo de problemas peridentários (...) as próteses mal ajustadas e a falta de dentes são também outros factores a considerar (...)

As mesmas autoras consideram que “A diminuição das capacidades sensório-perceptuais causada pelo envelhecimento afecta a necessidade de comunicar de cada

indivíduo.” (p. 477) “A necessidade de comunicar é influenciada pela maneira de o ser humano reagir afectivamente a uma pessoa ou a uma situação.” (p. 476)

Quadro 7 – Distribuição de dados relativamente à área funcional (Easycare)

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Realização do trabalho doméstico		
Sem ajuda	14	63,6%
Com alguma ajuda	3	13,6%
Completamente incapaz	5	22,7%
Preparação das refeições		
Sem ajuda	8	36,4%
Com alguma ajuda	10	45,5%
Completamente incapaz	4	18,2%
Realização das compras		
Sem ajuda	12	54,5%
Com alguma ajuda	6	27,3%
Completamente incapaz	4	18,2%
Administração do dinheiro		
Sem ajuda	19	86,4%
Com alguma ajuda	1	4,5%
Completamente incapaz	2	9,1%
Utilização do telefone		
Sem ajuda	21	95,5%
Completamente incapaz	1	4,5%
Toma da medicação		
Sem ajuda	19	86,4%
Com alguma ajuda	1	4,5%
Completamente incapaz	2	9,1%

Relativamente à área funcional, à excepção da preparação das refeições onde 10 idosos (45,5%) necessitam de alguma ajuda, a maioria dos idosos realiza as actividades sem ajuda, vejamos: na realização do trabalho doméstico 14 (63,6%) dos idosos não necessita de ajuda, na realização das compras 12 (54,5%) fazem-no sem ajuda, na administração do dinheiro 19 (86,4%) dos idosos gerem-no sozinhos, na utilização do telefone 21 (95,5%) fazem as chamadas sem ajuda e na toma da medicação 19 (86,4%) fazem a sua gestão medicamentosa sem ajuda.

As pessoas idosas podem permanecer ativas e independentes por muito tempo, desde que lhes sejam proporcionados apoio adequado. Essa capacidade de se manter independente funcionalmente, isto é

a capacidade de realizar atividades sem a interferência ou influência de outras pessoas é uma das questões mais significativas da velhice. (Veras, 1994 *cit in* Ribeiro et all, 2002, p. 90)

Alguma incapacidade funcional pode ser observada durante o processo de envelhecimento normal. Hébert (1997 *cit in* Saldanha e Caldas, 2004, p. 135) revela que,

estudos realizados com idosos americanos na comunidade mostraram que 25% tinham dificuldades para realizar atividades de limpeza pesada em casa (...) 10% tinham dificuldade (...) no manejo do dinheiro e no uso do telefone ”

No presente estudo 22,7% apresentam dificuldades na realização do trabalho doméstico, 13,6% na administração do dinheiro e 4,5% na utilização do telefone, o que vai de encontro ao autor referido anteriormente.

Quadro 8 – Distribuição de dados relativamente à mobilidade

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sair de casa e caminhar na rua		
Sem ajuda	18	81,2%
Com alguma ajuda	4	18,2%
Movimentação dentro de casa		
Sem ajuda	21	95,5%
Com alguma ajuda	1	4,5%
Subir e descer escadas		
Sem ajuda	15	68,2%
Com alguma ajuda	5	22,7%
Completamente incapaz	2	9,1%
Deslocação cama-cadeira		
Sem ajuda	22	100%
Utilização da sanita		
Sem ajuda	21	95,5%
Completamente incapaz	1	4,5%
Utilização da banheira-chuveiro		
Sem ajuda	20	90,9%
Necessita alguma ajuda	2	9,1%

No que concerne à mobilidade, em todas as actividades, a maioria dos idosos é independente. O que vai de encontro ao que dizem Berger e Poirier (1995, p. 291)

As transformações músculo-esqueléticas e neurológicas associadas ao envelhecimento afectam a mobilidade e a postura, não desencadeando, necessariamente, problemas de dependência.

A maior dificuldade verifica-se no sair de casa e caminhar na rua, onde 4 idosos (18,2%) necessitam de alguma ajuda, Carpenito (1987, p. 396 *cit in* Berger e Poirier, 1995, p. 302) diz que “A alteração da mobilidade associada a alterações ao nível dos membros inferiores (...) é um estado em que a pessoa evidencia ou pode evidenciar limitações dos movimentos físicos.” e, no subir e descer escadas em que 5 idosos (22,7%) também necessitam de alguma ajuda, como dizem os mesmos autores (1995, p. 310) “Subir escadas exige grande esforço.”

Quanto a movimentar-se dentro de casa e na utilização da sanita 21 idosos (95,5%) realiza-o sem ajuda; na utilização da banheira-chuveiro 20 idosos (90,9%) fazem-no sem ajuda, como referem Berger e Poirier (1995, p. 378) “Os cuidados relacionados com a higiene corporal são muito importantes para a manutenção ou restabelecimento da independência dos idosos”

Na deslocação cadeira-cama a totalidade dos idosos é independente, “A saúde e o bem estar de um indivíduo depende da sua capacidade para se mover e mobilizar os membros.” (Berger e Poirier, 1995, p. 285)

Hébert (1997 *cit in* Saldanha e Caldas, 2004, p. 135) relativamente a estudos realizados com idosos americanos na comunidade onde: “20% tinham dificuldade para caminhar, 10% tinham dificuldades no banho”, no presente estudo 18, 2% apresentam dificuldade para caminhar e 9,1% tem dificuldades no banho.

Quadro 9 - Distribuição de dados relativamente aos Cuidados Pessoais

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Cuida da sua aparência pessoal		
Sem ajuda	20	90,9%
Com ajuda	2	9,1%
Consegue vestir-se		
Sem ajuda	19	86,4%
Com alguma ajuda	3	13,6%
Consegue alimentar-se		
Sem ajuda	18	81,8%
Com alguma ajuda	4	18,2%

Nas actividades de cuidados pessoais, a maioria dos idosos realiza-as de forma independente, 20 idosos (90,9%) cuidam da sua aparência pessoal sem ajuda, 19 (86,4%) conseguem vestir-se sozinhos e 18 (81,8%) alimentam-se sem ajuda.

Berger e Poirier (1995, p. 331) referem que “O vestuário desempenha um papel primordial no bem-estar psicológico dos indivíduos. Estar bem arranjado e vestido, proporciona segurança e auto-confiança.”

Carpenito definiu um défice de auto-cuidados ao nível do vestir como uma situação em que o indivíduo demonstra uma incapacidade ao nível das funções motoras e cognitivas, produzindo uma diminuição da capacidade de se vestir (Berger e Poirier, 1995, p. 337).

Blanco (2007, p. 135) afirma que “A incapacidade física de muitos idosos repercutir-se-á na obtenção dos alimentos ou na hora das refeições no uso dos talheres.”

O mesmo autor refere que “A refeição é hoje em dia um facto social que se torna mais agradável com companhia, o que determina uma diminuição e a perda de apetite se tiver de se realizar a sós.” (2007, p. 135)

Quadro 10 – Distribuição de dados relativamente ao Controlo Esfincteriano

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Incontinência urinária		
Sem problemas	16	72,7%
Incontinente ocasional	5	22,7%
Incontinente frequente/Necessita de algália	1	4,5%
Incontinência fecal		
Sem problemas	21	95,5%
Incontinente ocasional	1	4,5%

Na área do controlo esfíncteriano verifica-se que 16 idosos (72,7%) não têm problemas de incontinência urinária, 5 idosos (22,7%) são incontinentes urinários ocasionais e 1 (4,5%) é incontinente frequente. Relativamente à incontinência fecal apenas 1 (4,5%) tem problemas ocasionais, sendo que 21 (95,5%) não tem quaisquer problemas.

“(…) devido a problemas específicos e patologias associadas, os idosos constituem uma população em risco relativamente a alterações de eliminação urinária e intestinal” (Berger e Poirier, 1995, p. 279)

Blanco (2007, p. 79) relata que

A maioria dos estudos demonstram que a prevalência da incontinência aumenta com a idade, assim como a gravidade da mesma, afectando 15-20% dos idosos que vivem em comunidade (...)

O mesmo autor diz que “Os problemas do trânsito intestinal (...) são muito frequentes na patologia geriátrica.” a “incontinência fecal origina importantes repercussões físicas, psicológicas e sociais (...) (p. 101) “Pode coexistir de forma habitual com obstipação e inclusivamente ser uma complicação desta, ou ter outras causas independentes.” (p. 108)

Quadro 11 – Distribuição de dados relativamente à qualidade de vida percebida pelo sujeito

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Consideração sobre a saúde		
Muito boa	1	4,5%
Boa	2	9,2%
Razoável	10	45,5%
Fraca	9	40,9%
Sentimento de solidão		
Raramente	8	36,4%
Algumas vezes	6	27,3%
Frequentemente	5	22,7%
Sempre	3	13,6%
Consideração sobre a habitação		
Muito boa	3	13,6%
Boa	11	50%
Razoável	6	27,3%
Fraca	2	9,1%
Qualidade de vida		
Boa	5	22,7%
Razoável	17	77,3%

Relativamente à consideração sobre a sua saúde, 10 idosos (45,45%) classificam-na como razoável e 9 idosos (40,91%) classificam-na como fraca; no que diz respeito ao sentimento de solidão os dados encontram-se mais dispersos, com 8 idosos (36,36%) que raramente se sentem sozinhos, 6 (27,7%) que se sentem sozinhos algumas vezes, 5 (22,73%) sentem-se frequentemente sozinhos e 3 (13,64%) sentem-se sempre sozinhos; quanto à consideração sobre a sua habitação 50% dos idosos consideram-na boa, 6 (27,27%) razoável, 3 (13,54%) muito boa e 2 (9,09%) fraca.

Da análise destas três áreas (consideração sobre a saúde, sentimento de solidão e consideração sobre a habitação), verificou-se que 17 idosos (77,27 %) consideram a sua qualidade de vida razoável e 5 (22,73%) consideram-na boa.

“A situação de doença é sentida pelo indivíduo através da incapacidade que é produzida quando não se consegue atingir a harmonia necessária entre o seu eu e o seu ambiente (...)” (Osório e Pinto, 2007, p. 193)

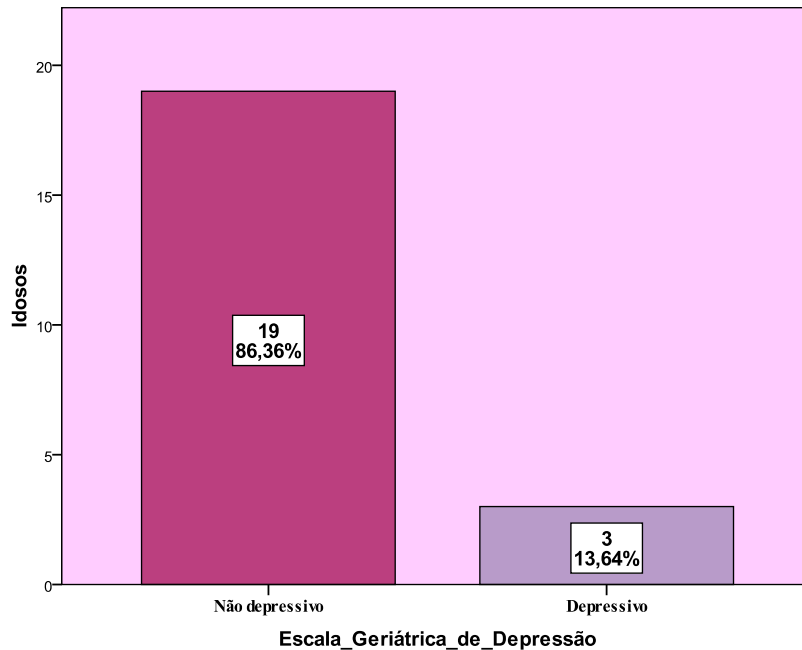
Em Gerontologia a investigação em qualidade de vida coincide com a do envelhecimento “positivo”, a sensação de controlo, relacionamento social e qualidade do ambiente onde vive, saúde mental, eficácia cognitiva, competência social e produtiva, controlo pessoal, satisfação com a vida e motivações (Bowling, 1995 *cit in* Almeida, p. 3)

Sousa e Figueiredo, num estudo utilizando a escala Easycare referem:

Os idosos inquiridos indicam-nos que é a saúde o aspecto que mais prejudica a sua qualidade de vida, ou seja percebem, em geral, que a sua saúde é razoável (48.3%) ou fraca (27.9%). A qualidade da sua habitação é considerada apenas boa (51%) ou razoável (28.5%). Verificamos que os idosos inquiridos não se sentem, em geral, muito sós, 51% responde que nunca se sente sozinho. De qualquer forma a qualidade de vida percebida é em termos globais "boa".

No presente estudo 45,45% classificam a sua saúde como razoável e 40,91% como fraca. Relativamente à habitação 50% dos idosos consideram-na boa, 27,27% razoável. No que diz respeito à solidão, 36,36% dos idosos raramente se sentem sozinhos, sendo que estes dados vão ao encontro do estudo de Sousa e Figueiredo.

Gráfico 6 – Distribuição de dados relativamente à Escala Geriátrica de Depressão



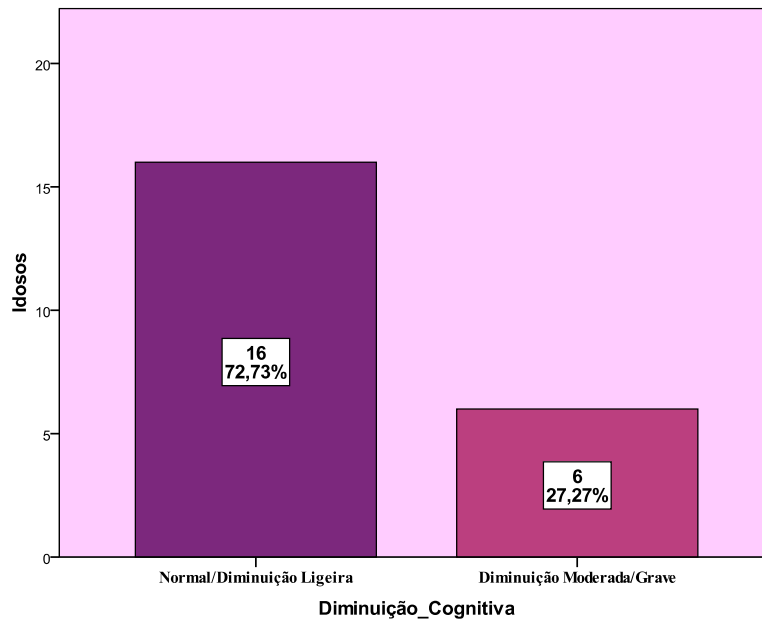
A escala geriátrica de depressão aplicada é constituída por 4 itens com uma pontuação máxima de 4 valores, assim considerou-se que até 2 valores o resultado seria não depressivo e com 3 ou mais valores de pontuação seria considerado depressivo.

Após análise de resultados verificou-se que 19 idosos (86,36%) não se encontravam depressivos e 3 (13,64%) se encontravam num estado depressivo.

“Os sinais e sintomas de depressão são comuns nos idosos; 10 a 20% dos idosos residentes na comunidade podem expressar tristeza (...)” (Stanhope e Lancaster, 1999, p. 647)

Depressão (...) muitas vezes atribuída pelo próprio doente, pelos familiares e até mesmo pelos profissionais de saúde, inclusive pelo médico, como decorrente do processo de envelhecimento normal (...) [é muitas vezes afastada para segundo plano e não é devidamente tratada] Minimizar a sua importância é esquecer que ela é um dos factores mais importantes da piora da qualidade de vida, causa importante de incapacidade funcional e de suicídio e, possivelmente, a afecção de maior prevalência em pessoas idosas (Filho e Netto, 2006, p. 80).

Gráfico 7 – Distribuição de dados relativamente ao Teste de Diminuição Cognitiva



O teste de diminuição cognitiva constante da escala Easycare é composto por 6 questões, é atribuído um ponto por cada resposta incorrecta. Uma pontuação de 0 a 10 indica normalidade ou diminuição ligeira enquanto que de 11 a 28 pontos indica diminuição moderada a grave.

Após a análise dos dados obtidos verificou-se que 16 idosos (72,73%) não apresentam diminuição cognitiva/apresentam diminuição ligeira e, 6 idosos (27,27%) apresentam diminuição cognitiva moderada a grave.

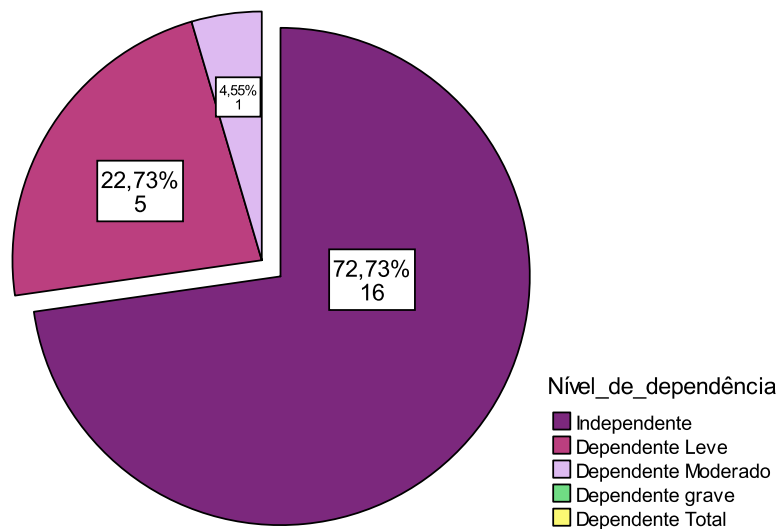
As respostas incorrectas verificaram-se maioritariamente nas perguntas relativas à contagem em ordem inversa, dizer os meses em ordem inversa e repetir a frase de memória.

O envelhecimento em si não causa demência, mas está associado a alterações no sistema nervoso central e a alterações detectáveis da memória, denominadas “esquecimento senescente benigno”. (Kane et alli., 1994 *cit in* Stanhope e Lancaster, 1999, p. 640).

Berger e Poirier (1995, p. 170) referem

A diminuição de certas funções cognitivas é normal no envelhecimento (...) Mesmo nos idosos mais funcionais, manifestações como a perda de memória representam uma importante ameaça ao bem-estar e auto-estima.

Gráfico 8 – Distribuição de dados relativamente ao nível de dependência



A pontuação máxima para a incapacidade preconizada pela escala Easycare é de 100 valores, resultado calculado somando as pontuações da questão 8 à 24 da respectiva escala (pontuações mais elevadas significam maior incapacidade).

Para melhor compreensão dos valores obtidos decidiu-se que: independente teria valores compreendidos entre 95 e 100 pontos, dependente leve > 65 pontos, dependente moderado de 40 a 55 pontos, dependente grave de 20 a 35 pontos e dependente total < 20 pontos.

Pelo gráfico verifica-se que 16 idosos (72,73%) são independentes, 5 (22,73%) são dependentes leves e 1 (4,55%) apresenta uma dependência em grau moderado.

O que vai de encontro a Stanhope e Lancaster (1999, p. 638) “A maioria dos idosos vive de forma independente, quer sozinhos quer com os seus cônjuges”

Embora se saiba que o envelhecimento provoca diminuição na capacidade adaptativa, que se traduz às vezes em patologia, às vezes em afastamento e depressão, não se pode dizer que a dependência física cognitiva, afetiva ou social sejam características inescapáveis da velhice. (Duarte e Diogo, 2000, p. 61)

Algumas pessoas, mesmo em idade avançada, podem realizar as atividades de vida diária (...), seu trabalho e seu lazer, independentemente e serem saudáveis. Outras pessoas, em função de problemas de saúde, podem apresentar uma dependência para a realização destas atividades e/ou para a realização das atividades instrumentais de vida diária (...) (Saldanha *et alli*, 2004, p. 144)

A dependência não é um atributo da velhice, no entanto, em idades mais avançadas esta tem tendência a aumentar. Como todo o fenómeno comportamental, a dependência na velhice é determinada por eventos biológicos, socioculturais e psicológicos.

Rodrigues (2007, p. 238) diz “Efectivamente, associado a este novo enquadramento do fenómeno de envelhecimento, surge o conceito de *envelhecimento bem-sucedido*.”

Fruto deste envelhecimento bem sucedido, é

(...) expectável que cada vez mais pessoas idosas sejam activas e gozem de um envelhecimento saudável, que se caracteriza pela baixa probabilidade de ocorrência de limitações decorrentes de doença, por um elevado nível de capacidades funcionais e pelo envolvimento activo na vida (Rodrigues, 2007, p. 238).

IV - CONCLUSÃO

Na fase final deste trabalho de investigação, de tema “A satisfação dos idosos em relação ao apoio prestado por uma IPSS”, é possível retirar do mesmo algumas conclusões. Pode-se afirmar que este foi sem dúvida muito importante, tanto pela conclusão obtida como pela aquisição de conhecimentos e competências ao nível da investigação científica.

Considera-se que o método escolhido dentro do paradigma de investigação quantitativo descritivo simples foi o mais adequado, tendo em conta os objectivos de investigação. O estudo em causa incidiu junto de idosos que recebem apoio de uma instituição com o objectivo de conhecer o seu grau de satisfação relativamente a esse mesmo apoio.

O instrumento de colheita de dados foi o inquérito por questionário, aplicado a 22 idosos seleccionadas através do processo de amostragem não aleatório, acidental e intencional. A colheita de dados foi efectuada no domicílio dos idosos, no período compreendido entre 30 de Junho e 3 de Julho de 2009. Os dados foram tratados através do programa estatístico SPSS versão 17.0 e posteriormente apresentados em gráficos e quadros para uma análise e interpretação mais esclarecedora.

O fenómeno do envelhecimento é cada vez mais um fenómeno colectivo e não apenas um fenómeno vivido individualmente. As pressões demográficas reforçam a importância de integrar o envelhecimento como uma questão a ser reflectida em comunidade, pelo que as intervenções que promovam a saúde e o bem-estar desta camada da população deverão estar presentes nas principais preocupações comunitárias.

A maximização da independência dos idosos passará pela disponibilização de recursos para que estes elementos da comunidade possam continuar a viver em casa em detrimento de opções residenciais de longa duração. A interacção social e a obtenção do suporte social adequado quando solicitado pela pessoa idosa são aspectos fundamentais para manutenção das capacidades funcionais.

A amostra a que se refere o estudo é constituída por 22 idosos, predominantemente dos sexo feminino, estando a maioria enquadrados nas faixas etárias compreendidas entre os [75-80] e [81-85] anos. São na sua maioria viúvos e a viver sozinhos.

Pela análise dos dados obtidos, pode-se verificar que os idosos encontram-se muito satisfeitos em relação ao apoio prestado pela IPSS, quer a nível dos serviços fornecidos como dos cuidados prestados pelas ajudantes familiares. Verificou-se ainda que dos 4 idosos que recebem apoio da equipa de enfermagem do Centro de Saúde, metade está muito satisfeita e a outra metade completamente satisfeita.

A IPSS fornece serviços de apoio domiciliário, que inclui alimentação, higiene pessoal, higiene habitacional e tratamento de roupa. Estes serviços satisfazem os idosos, sendo que nenhum referiu não estar satisfeito, necessitar de cuidados suplementares da instituição ou de aumentar o nº de frequência das visitas.

No que diz respeito ao nível de dependência dos idosos em estudo, verificou-se que a maioria é independente, havendo 5 idosos dependentes leves e 1 idoso dependente em grau moderado.

Desta forma, analisando os resultados obtidos, considera-se que os objectivos inicialmente delimitados para esta investigação foram atingidos.

Embora existam vários estudos no âmbito do idoso, não se encontrou nenhum estudo de investigação com características idênticas às estudadas, que permitisse fazer uma comparação exaustiva dos resultados.

Depois das conclusões pretende-se deixar algumas sugestões: divulgar as conclusões do estudo na IPSS em estudo e também no Centro de Saúde concelhio para que os serviços existentes promovam uma política de inter e entreajuda para prestar serviços de qualidade e ajustados aos problemas existentes.

No futuro, alargar o estudo às restantes IPSS do concelho, de modo a obter uma visão mais alargada daquilo que são os cuidados prestados pelas instituições. Perceber se as mesmas são capazes de se articular com os serviços de saúde de forma a garantir a permanência dos idosos no seu domicílio e/ou apoiar aqueles que recebem alta hospitalar precoce para continuidade do seu processo de cura/reabilitação no ambulatório.

V - BIBLIOGRAFIA

Almeida, Maria (2006). *Qualidade de vida nos idosos utentes de centros de dia: influência das variáveis psicossociais*. I Congresso Internacional de Gerontologia. Odivelas.

Alves, Carlos, T. (2003). *Satisfação do Consumidor*. Lisboa. Escolar Editora

Berger, L. e Poirier, D.M. (1995). *Pessoas Idosas – Uma abordagem global*. Lisboa. Lusodidacta.

Blanco, E. H. (2007). *Síndromes Geriátricas*. Algés. Revisfarma – Edições Médicas, Lda.

Carvalho, M. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social. *Uma Abordagem do Serviço Social à Política de Cuidados na Velhice em Portugal*. [em linha]. Disponível em <http://www.cpihts.com/PDF02/Uma%20Abordagem%20do%20Serviço%20Social%20à%20Políticade%20Cuidados%20na%20Velhice%20em%20Portugal%20%20Maria%20Irene%20Lopes%20de%20Carvalho.pdf>. Consultado em [16/12/2008].

Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 1. Genebra. Copyright

Costa, et alli. (1999). *Questões Demográficas: Repercussões nos cuidados de Saúde e na Formação dos Enfermeiros*. In: *Manual de Sinais Vitais: O Idoso Problemas e Realidades*. Coimbra. Formasau.

DECO PRO TESTE. *Apoio domiciliário a idosos*. [em linha]. Disponível em <http://www.deco.proteste.pt/saude/apoio-domiciliario-a-idosos-s486611.htm>. Consultado em [28/06/2009].

Decreto-Lei n° 133-A/97, de 30 de Maio. *Normas reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do apoio domiciliário*. Despacho normativo n° 62/99. Diário da República – I, série – B, n° 264 de 12/11/1999, pp 7960 – 7963.

Direcção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. [em linha]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>. Consultado em [28/06/2009].

Duarte, Y. e Diogo, M. (2000). *Atendimento Domiciliar – Um Enfoque Gerontológico*. S. Paulo. Atheneu.

Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem Gerontológica*. 5ª edição. Porto Alegre. Artmed Editora.

Filho, E., Netto, M. (2006). *Geriatrics – Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 2ª edição. São Paulo. Editora Atheneu.

Fortin, Marie-Fabienne, (2003), *O processo de investigação*. Loures. Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística (2001). *Censos 2001 - Resultados definitivos*. Destaque do 21 de Outubro de 2002.

Instituto Nacional de Estatística (2001). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosa*. Departamento de Estatística Censitárias e da População.

Instituto Nacional de Estatística (2007). *Portugal em números*. Instituto Nacional de estatística. Lisboa.

Kawamoto, E. Santos, M. Mattos, T. (1995). *Enfermagem Comunitária*. São Paulo: E.P.U.

Lemos, N. e Medeiros, S. (2002). Suporte social ao idoso dependente. *In: Freitas, E. e tal. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

Lopes, L. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família, *Revista portuguesa de saúde pública*, vol. 25 nº1 – Janeiro/Junho 2007, p. 41.

Merck, S. e Dohme (2004). *Manual Merck – Geriatria*. Loures. Edições Oceano.

Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa – A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures. Lusociência.

Nazareth, J.M. (1993). *O Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa no Início dos Anos Noventa*. Lisboa. Editorial Presença.

Neto, M.P. (2003). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento visão globalizada*. São Paulo. Atheneu.

Ordem dos Enfermeiros (1996) *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Osório, A. R. e Pinto, F. C. (2007). *As Pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa. Instituto Piaget.

Polit, D. Beck, C. Hungler, B. (2004). *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. 5ª edição. Porto Alegre. Artmed

Polit, F., Hungler, P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre. Artes Médicas.

Quivy, R. Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa. Gradiva Edições.

Revista de Estudos Demográficos (2007). *População e Sociedade*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística.

Ribeiro, J. (2005). *Psicologia e saúde*. Lisboa. Edições ISPA.

Ribeiro, R et alli (2002). *Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de Idosos*. [em linha]. Disponível em

<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/viewFile/4721/2646>.

Consultado em [28/06/2009].

Rodrigues, C. (2007). Psicologia da Saúde e pessoas idosas. In: *Psicologia da Saúde – Contextos de Intervenção*. Lisboa. Climepsi Editores.

Saldanha, A. Caldas, C et alli. (2004). *Saúde do Idoso – A arte de cuidar*. 2ª edição. Rio de Janeiro. Editora Interciência.

Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática*. 4ª edição. Loures. Lusociência.

Sousa, L. e Figueiredo, D. (2001). *EASYCare – Um instrumento de avaliação da qualidade de vida do idoso*. Revista de Geriatria, volume 130.

Sousa, L. e Figueiredo, D. *Qualidade de Vida e Bem Estar dos Idosos - Análise dos Utentes dos IOS/CTT (Instituto de Obras Sociais)*. [em linha]. Disponível em

<http://portal.ua.pt/bibliotecad/default1.asp?OP2=2&Serie=0&Obra=24&H1=2&H2=2>.

Consultado em [30/06/2009].

Stanhope, M. Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª edição. Loures. Lusociência.

World Health Organization. (1999) *Health21: The health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO/EURO, (European health for all series, No 6)

VI - ANEXOS

