

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**A PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA:
AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE**

**THE INSTITUTIONALIZED ELDERLY PERSON:
SELFCONCEPT OF HEALTH**

**EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO:
AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD**

Maria João Correia São José – Unidade de Saúde Familiar Lusitânia do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, Évora, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3454-5741>

Ermelinda Valente Caldeira – Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora, Évora, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1949-9262>

Teresa Dionísio Mestre – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Beja, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3175-5708>

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Maria São José – USF Lusitânia do ACS do Alentejo Central, Évora, Portugal. mjoaosao@gmail.com

Recebido/Received: 2022-01-14 Aceite/Accepted: 2022-01-21 Publicado/Published: 2022-05-17

DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(3\).520.325-339](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(3).520.325-339)

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2021 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2021 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 7 N.º 3 DEZEMBRO 2021

RESUMO

Introdução: A nível mundial são notórias as alterações demográficas, como consequência do aumento dos índices de envelhecimento e de longevidade. O envelhecimento assume-se como transversal a todas as regiões do mundo. Em Portugal, as projeções indicam uma duplicação do índice de envelhecimento até ao ano de 2080. Perante as alterações socio-culturais, políticas e económicas, deveras significativas na dinâmica familiar atual, a institucionalização afirma-se como a solução que melhor responde às necessidades da pessoa idosa, que vê a sua independência e/ou autonomia limitada, não permitindo que permaneça no domicílio. Neste sentido, avaliar a perceção de saúde da pessoa idosa, nomeadamente o bem-estar físico, mental e social poderá viabilizar um conhecimento efetivo das suas necessidades e limitações.

Objetivo: Identificar a perceção de saúde dos residentes de uma estrutura residencial para idosos no concelho de Évora.

Metodologia: Estudo descritivo de abordagem quantitativa. Recorreu-se à escala EASYcare como instrumento de colheita de dados. Esta, permite identificar as limitações e necessidades percecionadas. Amostra intencional de 58 pessoas com idade ≥ 65 anos, residentes num lar de idosos do concelho de Évora.

Resultados: Média de idades 87,8 anos, maioritariamente mulheres. A autoperceção de saúde foi validada como “razoável” em 36,2%, 20,7% como “fraca” ou “muito boa” e 3,4% como “excelente”.

Conclusão: A perceção de saúde da população estudada é evidenciada de forma diminutiva face às alterações a nível físico, cognitivo e social.

Palavras-chave: Autoperceção; Envelhecimento; Idoso; Institucionalização; Saúde.

ABSTRACT

Introduction: At a global level, demographic changes are notorious, as a result of the increase in aging and longevity indices. Aging is assumed to be transversal to all regions of the world. In Portugal, the projections indicate a doubling of the aging index until the year 2080. In the face of the changes (sociocultural, political and economic), which are quite significant in the current family dynamics, institutionalization is affirmed as the solution that best responds to the needs of the family of elderly person, who sees their independence and/or autonomy limited, not allowing them to stay at home. In this sense, evaluating the elderly person's perception of health, namely physical, mental and social well-being, may enable an effective knowledge of their needs and limitations.

Objective: To identify the health perception of residents of a residential structure for the elderly in the municipality of Évora.

Methods: Descriptive study with a quantitative approach. The EASYcare survey was used as a data collection tool. This allows the identification of perceived limitations and needs. Intentional sample of 58 people aged ≥ 65 years, living in a nursing home in the municipality of Évora.

Results: Mean age 87.8 years, mostly women. The self-perception of health was validated as “reasonable” by 36.2%, 20.7% as “poor” or “very good” and 3.4% as “excellent”.

Conclusion: The perception of health of the population studied is evidenced in a diminutive way in the face of physical, cognitive and social changes.

Keywords: Aged; Aging; Health; Institutionalization; Self Concept.

RESUMEN

Introducción: A nivel mundial, los cambios demográficos son notorios, como consecuencia del aumento de los índices de envejecimiento y longevidad. Se supone que el envejecimiento es transversal a todas las regiones del mundo. En Portugal, las proyecciones indican una duplicación del índice de envejecimiento hasta el año 2080. Ante los cambios (socioculturales, políticos y económicos), bastante significativos en la dinámica familiar actual, la institucionalización se afirma como la solución que mejor responde a las necesidades de la familia persona mayor, que ve limitada su independencia y/o autonomía, no permitiéndole quedarse en casa. En ese sentido, evaluar la percepción de salud del anciano, es decir, el bienestar físico, psíquico y social, puede posibilitar un conocimiento efectivo de sus necesidades y limitaciones.

Objetivo: Identificar la percepción de salud de los residentes de una estructura residencial para ancianos en el municipio de Évora.

Metodología: Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo. Se utilizó como instrumento de recolección de datos la encuesta EASYcare. Esto permite identificar las limitaciones y necesidades percibidas. Muestra intencional de 58 personas con edad ≥ 65 años, residentes en una residencia de ancianos en el municipio de Évora.

Resultados: Edad media 87,8 años, en su mayoría mujeres. La autopercepción de la salud fue validada como “razonable” por un 36,2%, un 20,7% como “mala” o “muy buena” y un 3,4% como “excelente”.

Conclusión: La percepción de salud de la población estudiada se evidencia de forma diminuta ante los cambios físicos, cognitivos y sociales.

Descriptores: Anciano; Autopercepción; Envejecimiento; Institucionalización; Salud.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento traduz o desenvolvimento socioeconómico dos países, representando, paralelamente, o enriquecimento individual das pessoas, por viverem mais anos. Contudo, emerge um novo paradigma de envelhecimento que torna premente garantir a melhor saúde possível na “velhice”, por forma a alcançar um desenvolvimento sustentável⁽¹⁾, na medida em que, se o ganho em anos for marcado por declínios nas capacidades física e mental, as implicações para as pessoas mais idosas e para a sociedade em geral podem ser muito mais expressivas, de forma negativa⁽²⁾.

Assiste-se hoje, a um fenómeno de envelhecimento populacional sem precedentes na história da humanidade, atingindo-se hoje uma esperança média de vida que suplanta os 80 anos de idade⁽²⁾. Globalmente, o número de pessoas com 80 anos ou mais deverá triplicar até 2050 passando de 137 milhões, em 2017, para 425 milhões em 2050⁽³⁾.

Em Portugal, nas últimas décadas, têm-se verificado significativas alterações demográficas com consequente aumento dos índices de envelhecimento e de longevidade. A par destes, constata-se também um aumento do índice de dependência de idosos⁽⁴⁾. Esta realidade representa novos desafios para os profissionais de saúde, tornando necessário o desenvolvimento de estratégias de intervenção que possam dar resposta às necessidades específicas da população idosa.

A saúde é essencial para garantir independência, autonomia e, principalmente, uma continuidade e contribuição das pessoas idosas à sociedade. À medida que se envelhece, a probabilidade de surgirem problemas de saúde ganha maior expressão, afetando assim, a autoperceção de saúde de forma negativa, interferindo desse modo no bem-estar descrito pelos idosos⁽¹⁻³⁾.

A procura por uma autoperceção de saúde satisfatória relaciona-se com aspetos sociodemográficos, económicos, culturais, psicológicos e com a capacidade física⁽⁵⁾. No entanto, existe uma discrepância na mensurabilidade desta, inerente aos diferentes contextos em que a população está inserida. Um dos mecanismos para aferir esses aspetos é a autoperceção de saúde, que pode ser avaliada por dados fornecidos pelas próprias pessoas e/ou morbilidades diagnosticadas⁽⁵⁾.

Efetivamente, o envelhecimento é encarado como uma etapa de vida em que se verifica uma progressiva dependência funcional, que conduz à presença de limitações nas atividades de vida diárias como: a alimentação, a higiene pessoal, a mobilidade, as tarefas domésticas, a toma de medicação, entre outros. É referido pelos idosos o receio de que a institu-

cionalização aumente esta dependência funcional e consequentemente torne difícil a conservação da independência^(5,6).

Existe evidência científica, de que o estado de saúde percebido é um excelente preditor do real estado de saúde, ou seja, do número de doenças crónicas e do grau de incapacidade funcional e depressão, que nos podem predizer sobre a taxa de mortalidade na população idosa^(6,7). Também os aspetos sociodemográficos, como a idade, sexo ou nível de escolaridade, são considerados alguns dos fatores associados à perceção de saúde encontrados na literatura⁽⁷⁾.

Pela pesquisa efetuada, verifica-se que existem poucos estudos sobre a autoperceção de saúde, especialmente em idosos institucionalizados⁽⁵⁾. Contudo, é importante desenvolver o conhecimento sobre os aspetos inerentes à autoperceção de saúde, podendo assim identificar áreas e/ou subgrupos de pessoas idosas vulneráveis, bem como contribuir para o cumprimento de programas de promoção da saúde efetivos. Assim, o objetivo deste estudo prendeu-se com a necessidade de identificar os aspetos inerentes à autoperceção de saúde, dos residentes de uma instituição para idosos no concelho de Évora, de forma que os profissionais de saúde pudessem intervir mais eficazmente nos seus problemas de saúde. O estudo decorreu numa Estrutura Residencial para Idosos no período de 14 de maio a 22 de junho de 2018.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa. Os dados foram colhidos de forma estruturada, tendo-se recorrido ao EASYcare (*Elderly Assessment System* – Sistema de Avaliação de Idosos) como instrumento de recolha de informação, permitindo assim a construção do diagnóstico de situação.

O EASYcare é um instrumento de avaliação multidimensional das pessoas idosas, que fornece um perfil de necessidades e prioridades de cuidados, encontrando-se disponível a nível Europeu^(8,9). Trata-se de uma escala desenvolvida com o intuito de caracterizar a qualidade de vida e bem-estar da população idosa, com 65 ou mais anos. O instrumento utilizado foi a versão portuguesa do EASYcare⁽⁸⁾ que avalia a perceção dos idosos em relação às suas capacidades (ser capaz ...), não indicando as competências (saber-fazer). Trata-se de um instrumento de avaliação multidimensional, desenvolvido para avaliar as necessidades dos idosos a nível social e de saúde. Neste instrumento pontuações mais elevadas significam maior incapacidade. Este, efetua a caracterização dos idosos com base nas

seguintes 26 variáveis: visão (“vê bem?”); audição (“ouve bem?”); mastigação (“tem dificuldade em mastigar a comida?”); fala (“sente dificuldade em fazer-se compreender, devido a problemas com a fala/linguagem?”); saúde (“considera que a sua saúde é: excelente, ... fraca?”); solidão (“sente-se sozinho: nunca, ... sempre?”); habitação (“a sua habitação é: excelente, ... fraca?”); realizar o trabalho doméstico; preparar as próprias refeições; ir às compras; administrar o próprio dinheiro; usar o telefone; tomar os medicamentos; 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; usar a banheira ou chuveiro; cuidar da aparência pessoal; vestir-se; alimentar-se; incontinência urinária; incontinência fecal; depressão e diminuição cognitiva.

A nível individual, o EASYcare proporciona uma descrição global das necessidades do idoso, tal como este as percebe. Esta avaliação possibilita auxiliar e direccionar os profissionais de saúde a melhorar a assistência que podem facultar às pessoas idosas⁽⁹⁾.

Recorreu-se a uma amostra intencional, constituída por 58 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, residentes numa estrutura residencial para idosos, no concelho de Évora.

Como critérios de inclusão definiram-se: idade ≥ 65 anos, residentes na estrutura residencial, com capacidade para responder ao questionário e disponibilidade para participar no projeto. Como critérios de exclusão: indivíduos com alterações mentais, surdez, acamados e com défice cognitivo que impedisse o entendimento e a aplicação do questionário.

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato), conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e obtido parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) Alentejo (Parecer 08/2018/CES). Para a aplicação do questionário foi obtida autorização da Direção da Estrutura Residencial. Também as respostas dos utentes ao questionário foram voluntárias.

Os dados foram recolhidos individualmente, em local seleccionado pelos utentes, nomeadamente, onde se sentiam mais confortáveis. Visando a minimização de potenciais vieses, o preenchimento efetivo do questionário ocorreu na presença do investigador principal de forma a precaver interpretações erróneas das questões, e a diligenciar no sentido do preenchimento total do mesmo.

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 24.0.

RESULTADOS

Responderam ao questionário 58 indivíduos, sendo 37 do sexo feminino (63,8%), e os restantes 21 do sexo masculino (36,2%). A média das idades dos participantes do estudo foi de 87,8 anos. O grupo com maior representatividade foi o dos 90-94 anos (34,5%). Relativamente ao estado civil, 55,2% estavam viúvos e 22,4% casados.

No resultado respeitante à educação formal, pode verificar-se que 65,5% eram utentes com quatro ou menos anos de educação formal, havendo ainda 31% que nunca frequentaram qualquer estabelecimento escolar. Constatou-se que, relativamente à situação profissional, a totalidade da amostra não integrou a população ativa, sendo todos eles reformados.

Quanto à dimensão da acuidade visual, 43,1% referiu ter alguma dificuldade, já na dimensão da acuidade auditiva 37,9% referiu ter dificuldades. Neste contexto, 60,3% referiu conseguir utilizar o telefone/telemóvel sem ajuda, assim como 87,9% referiu não ter dificuldades em se fazer entender.

Quando questionados sobre a capacidade de cuidar da sua aparência pessoal (e.g. pentear-se, barbear-se; maquilhar-se; vestir-se; lavar as mãos e cara; alimentar-se), 70,7% disse fazê-lo de forma autónoma. Quanto à utilização da banheira ou duche, 75,9% dos participantes referiu fazê-lo com auxílio. Dos inquiridos, 69% utilizava a sanita de forma independente. Da totalidade da população estudada, 56,9% referiu não ter perdas involuntárias de urina e 77,6% não ter perdas intestinais involuntárias.

Na realização das tarefas domésticas, 46,6% referiu não as conseguir realizar; 41,4% executava-as com ajuda e 12,1% referiu ser independente. Na preparação das refeições, 51,7% referiu fazê-lo com ajuda, 19% não conseguir prepará-las e 29,3% conseguir fazê-lo com ajuda.

Da totalidade da amostra, 62,1% disse deslocar-se em “casa” com ajudas técnicas e 34,5% fazê-lo sem ajuda. Podemos afirmar que, 53,4% da amostra referiu não precisar de ajuda para se descolar da cama para a cadeira, 3,4% não conseguir fazê-lo, e os restantes efetuá-lo com ajuda. Ainda na capacidade de se movimentar, 20,7% referiu necessitar de ajuda para subir e descer escadas, enquanto 41,4% o conseguia fazer de forma independente. Evidenciou-se que, 41,4% necessitava de ajuda para andar no exterior, sendo 29,3% autónomos a fazê-lo. Verificou-se que, 60,3% não conseguiam ir às compras e que 58,6% apresentava dificuldades em deslocar-se a serviços. Constatou-se que 86,2% da amostra não tinha alterações nos membros inferiores, mais especificamente, nos pés.

Relativamente a quedas, 70,7% da amostra negou quedas nos últimos 12 meses; 24,1% referiu uma queda e 5,2% referiu duas ou mais quedas, no mesmo período temporal. Quando se avaliou o grau de risco de quedas obteve-se uma média de 1,8, o que representa um reduzido risco de queda, reforçando assim o valor encontrado aquando da avaliação do número de quedas.

No que respeita à segurança, 96,6% referiu sentir-se seguro dentro de casa (entendida como estrutura residencial); 86,2% sentir-se seguro fora de casa; 84,5% referiu nunca se ter sentido ameaçado ou assediado por alguém; 91,4% nunca se sentiu discriminado e 91,4% assumiu ter alguém que ajude em caso de doença ou emergência.

Da avaliação da satisfação com o local de residência verificou-se que, 89,7% se sentia satisfeito e 36,2% fazia a sua gestão monetária. Da totalidade da amostra, 5,2% gostaria de obter aconselhamento sobre subsídios ou benefícios monetários.

Colocada a questão sobre a prática de exercício físico, 34,5% respondeu positivamente (atividades com a psicomotricista), e 58,6% referiu não ficar dispneico durante as atividades de vida diárias. A totalidade dos participantes negou, hábitos tabágicos ou a ingestão de bebidas alcoólicas. Dos participantes, 72,4% referiu avaliar a tensão arterial periodicamente, e 53,4% apresentou Plano Nacional de Vacinação atualizado. Dos utentes, 81% não demonstraram qualquer tipo de preocupação com o peso corporal.

Quanto à capacidade de realizar atividades de lazer, 58,6% referiu manter capacidade para as realizar. Para alguns, era “uma forma de não estarem parados sem nada fazer” (sic), ocupando-se com jogos lúdicos e trabalhos de expressão manual.

A perceção que demonstraram face à sua saúde obteve maior percentagem na opção “razoável” (36,2%); “fraca” e “muito boa” com 20,7% e apenas 3,4% considerou ter uma saúde “excelente”.

Relativamente à solidão, 39,7% dos participantes referiram nunca se sentir sós, seguindo-se a opção “por vezes” com 17,2%, “raramente” com 15,5% e “frequentemente” com 12,1%. Foi referido por 15,5% dos utentes terem sofrido uma perda significativa ou estar a viver um estado de luto.

No que alude aos hábitos de sono, 60,3% referiu ter alterações do sono no mês anterior. Da amostra, 31% referiu sentir-se incomodada por sentimentos de depressão ou desespero. Revelado ainda por 10,3%, pouco interesse e prazer em realizar qualquer atividade.

Quando inquiridos sobre preocupações relativas a perdas/falhas de memória ou esquecimentos, 86,2% referiram não as ter.

Quanto à dor corporal, 19% referiu não sentir qualquer tipo de dor, e em 8,6% a existência de dor forte.

Os dados obtidos permitem ainda inferir que a média do grau de (in)dependência dos participantes foi de 39,3 pontos. Em nenhum dos participantes se validou o valor zero em todas as questões (considerado como total independência), sendo que o *score* mínimo encontrado foi de 2 (valor próximo da total independência). O valor máximo também não foi atingido. O *score* máximo alcançado foi de 87 pontos (valor que podemos considerar como ilustrativo de dependência considerável na execução das atividades de vida diárias). Quanto ao grau de risco de queda, a média dos participantes foi de 1,8, o que representou um reduzido risco de queda. O valor zero em todas as questões (valor inerente considerar a ausência de risco) foi atingido por 18,9%, em 5 dos participantes. O valor máximo (8) não foi alcançado, sendo que o *score* máximo verificado foi de 6 (valor considerado como significativo de risco elevado de quedas), e que se validou apenas num idoso (1,7%). Para o grau de risco de falha na prestação de autocuidado, a média dos participantes foi de 4,1. O valor zero em todas as questões (ausência de risco) foi atingido por um idoso. Por outro lado, o valor máximo também não foi verificado, sendo que o *score* máximo alcançado foi de 8 (considerado como risco significativo de falha no cuidado).

DISCUSSÃO

É conhecido, que a saúde na pessoa idosa resulta das experiências vivenciadas ao longo da vida e é influenciada por um conjunto de fatores que definem o nível de saúde da pessoa na velhice, englobando áreas tão distintas como a genética, mas também os aspetos socioeconómicos, tecnológicos e culturais. Ainda que isoladamente nenhuma destas variáveis possa ser enunciada como causa etiológica do processo de envelhecimento ou do *status* de saúde e bem-estar da pessoa idosa, a sua análise multidimensional prediz a forma como o indivíduo e as comunidades envelhecem⁽¹⁰⁾.

O presente estudo mostrou que, nas faixas etárias mais avançadas, a autoperceção de saúde é referida de forma menos positiva, face à maior evidência que os problemas de saúde assumem, prejudicando assim o bem-estar dos idosos. Deste modo, parece lícito afirmar que saúde e envelhecimento são construções sociais e culturais com determinação biológica e com repercussão na autoperceção da saúde. É um aspeto relevante a considerar quando se avalia o nível de saúde de pessoas, uma vez que a autoperceção demonstra, através de uma esfera integral percebida pelo indivíduo, o seu verdadeiro nível de saúde⁽¹⁰⁾. Neste contexto, Román *et al*⁽¹¹⁾ salientam que o principal componente de satisfação

com a vida dos idosos é a autopercepção da saúde, sendo que a percepção positiva perante as condições de saúde em que se encontram é essencial para o equilíbrio e para a manutenção dos papéis sociais e de interação com a família e sociedade.

Nesta conjuntura, torna-se necessária a criação de condições que permitam à pessoa idosa sentir-se estimulada a manter-se ativa, perspetivando uma efetiva integração na sociedade, evitando ou adiando a diminuição dos contatos sociais e institucionais⁽⁶⁾. Na amostra estudada, a maior percentagem (36,2%) percecionou a sua saúde como “razoável” enquanto 20,7% a considera “fraca”, o que se coaduna com estudos prévios similares^(3,8).

Zanescio *et al*⁽¹²⁾ demonstraram que, os homens possuem uma maior capacidade de transformar a doença física em sofrimento emocional, quando comparado com as mulheres. No entanto, as mulheres percecionam, mais frequentemente, a sua saúde como pior, em idêntica situação. Característica esta, também validada no presente estudo.

O processo de envelhecimento acarreta perdas relevantes ao nível da aptidão física, resultando no decréscimo da capacidade funcional e da independência na realização das atividades básicas de vida⁽¹³⁾. No entanto, estas perdas variam de forma singular e podem ser atenuadas com a prática de exercício físico que, para além de incrementarem a saúde cardiovascular, também influenciam os aspetos sociais e psicológicos⁽¹⁴⁾. Esta conceção, é corroborada por outros autores, que associam à prática regular de exercício físico pela pessoa idosa um aumento na qualidade de vida da mesma^(7,14,15). Na amostra estudada, verificou-se que a maioria (65,5%) não pratica exercício físico regularmente, o que pode comprometer os ganhos em saúde inerentes à sua realização, bem como a autopercepção da saúde evidenciada de forma depreciativa.

A institucionalização da pessoa idosa, implica adaptação a novas rotinas, partilha do ambiente pessoal e, na maioria das vezes, afastamento familiar⁽¹⁶⁾. Alguns idosos, apesar de satisfeitos com a instituição onde residem, sentem saudade e desejo de voltar a morar na sua habitação, local que associam à independência sobre a sua própria vida⁽¹⁷⁾. Foi referido por 89,7% da amostra satisfação com o local de residência atual, sendo apenas 10,3% os que não se encontravam satisfeitos.

A dependência do idoso é também determinada pelo ambiente em que este se encontra inserido. Se este se sentir inseguro diminuirá a tendência a se ausentar da instituição, estando assim mais propenso ao isolamento e à depressão. De salientar que, se o local de residência e o ambiente físico em que o idoso se encontre forem adequados, estes influenciam favoravelmente a sua qualidade de vida e autopercepção de saúde⁽¹⁸⁾. Na amostra estudada, a média do grau de (in)dependência dos participantes foi de 39,3. As doenças crónicas e as suas complicações, podem levar à dependência e ao isolamento social do ido-

so, observando-se por vezes que a capacidade para realizar de forma independente as atividades diárias se encontra comprometida⁽¹⁹⁾.

Uma grande percentagem da população idosa portuguesa encontra-se na situação de reformado, sendo que a maior parte destes iniciou a sua atividade laboral antes dos 16 anos de idade. Este início precoce é sinónimo de baixo nível de escolaridade e trabalho essencialmente físico, que se repercute na fase de vida que agora vivenciam⁽⁵⁾. Na nossa amostra, todos se encontravam reformados e quanto ao nível de escolaridade, verificou-se que a maioria detinha quatro ou menos anos de educação formal (65,5%), havendo 31% que nunca frequentaram a escola. Esta evidência, demonstra a realidade do analfabetismo entre idosos de países em desenvolvimento, principalmente os de idade mais avançada, por terem vivenciado a infância numa época na qual o ensino não era uma prioridade ou obrigatoriedade^(20,21). Verifica-se ainda, que um maior nível de escolaridade representa um fator de proteção relativamente às perdas cognitivas^(22,23).

Um dos principais resultados do envelhecimento é o aumento da dependência funcional e predisposição para a queda, revelando uma maior incidência com o avançar da idade^(13,19). Um dos fatores correlacionados com o maior risco e incidência de quedas entre os idosos prende-se com a institucionalização, face à maior tendência para a fragilidade e menor capacidade funcional⁽²⁴⁾. Ao olhar para a avaliação do risco de queda da amostra estudada, verificou-se que a média obtida (1,8), representa também ela um valor que se pode considerar como de baixo risco de queda. Neste encadeamento, quanto mais independentes forem os idosos maior a procura por atividades de lazer, funcionando estas como escape à solidão, não apenas para usufruir de tempo livre⁽¹⁹⁾, mas também, para aumentar a autoestima e a perceção do estado de saúde⁽¹⁸⁾. Na amostra avaliada, 58,6% mantinha a capacidade de realizar atividades de lazer, contribuindo assim para que o idoso permaneça saudável e independente^(5,7,8,17).

A ausência ou extinção da independência, e a necessidade de ajuda para a realização das atividades de vida, podem ser considerados problemas de saúde que prejudicam a qualidade de vida do idoso^(2,7,8,10,11). Quanto ao autocuidado, 75,9% da amostra avaliada necessitava de ajuda para realizar a higiene pessoal e 70,7% mantinha a capacidade de cuidar de forma independente da sua aparência pessoal.

No que à saúde mental e bem-estar diz respeito, a maioria (60,3%) referiu algum grau de solidão, o que pode ser decursivo do afastamento da sua residência ou da morte/perda de familiares e amigos⁽¹⁸⁾. Os idosos que reduzem a sua participação na sociedade, podem padecer de sentimentos de solidão e desprestígio no domínio da integração familiar e social^(25,26). Noutros estudos, os idosos referem que a ausência da família contribui para a

sensação de solidão⁽¹³⁾. Na presente amostra, foi referida por 31% dos participantes a existência de sentimentos de depressão/desespero/sentir-se em baixo e 55,2% também o manifestaram [indiretamente], pelo facto de serem viúvos.

CONCLUSÃO

Depois de analisados os resultados obtidos, pode constatar-se que vão de encontro a variadas conclusões validadas em estudos prévios. O reduzido tamanho da amostra e contexto específico, também não permitem explicar os resultados, apesar de corroborarem muitos outros.

A evidência científica mostra que a perceção de saúde, com o aumento da idade e maior incidência de problemas de saúde, é exteriorizada de forma negativa, o que certifica os resultados obtidos, em que 56,9% a considerou “razoável” ou “fraca”.

As perdas ao nível da aptidão física e consequente perda de capacidade funcional e independência estão afetas ao processo de envelhecimento, podendo ser minoradas com a prática de exercício físico. Da amostra avaliada, apenas 34,5% participa em atividades de exercício físico na estrutura residencial. Neste sentido, manter-se fisicamente ativo não implica apenas praticar exercício físico, mas desenvolver atividades individuais e coletivas que proporcionem prazer, alegria e satisfação. A ocorrência de queda poderá ser um entrave à prática regular de exercício, no entanto 70,7% referiu não ter tido qualquer queda no último ano, pelo que seria expectável uma maior percentagem na participação de atividades que promovam a atividade física. Nesta conjuntura, o baixo risco de queda verificado, diverge de estudos anteriores, em que a institucionalização se encara como aliada da fragilidade e diminuição da capacidade funcional.

Apresenta-se assim, de extrema importância, incentivar e perpetuar a capacidade de realizar de forma independente as atividades de vida diária.

A solidão, também inerente à autoperceção de saúde, foi um sentimento referido por 60,3% da amostra estudada, que surge associada às alterações de ordem familiar, à diminuição da participação na sociedade e à depressão relacionada com o isolamento social.

Culturalmente, e segundo alguns dos indivíduos inquiridos, o envelhecimento é uma fase da vida em que se considera haver mais perdas do que ganhos. Este facto pode levar a alguma renitência na adesão a novos desafios, nomeadamente, na apropriação à institucionalização e autoperceção de saúde.

Logo, para além das limitações temporais próprias dos trabalhos académicos, podem referir-se como aspeto dificultador, a cultura enraizada que ainda leva alguns idosos a considerar esta, uma fase da vida em que se verificam muitas perdas. Por tal, mostram-se renitentes na adesão às atividades, por considerarem que delas não advêm quaisquer ganhos, preferindo permanecer sentados, cada um no “seu mundo”/espaço com pouca interação entre eles, apesar de repartirem o mesmo espaço físico. Também a escassez de recursos humanos da estrutura residencial, que restringiu o tempo que estes tinham disponível para colaborar/participar no projeto, conjuntamente com a resistência à mudança, podem ser consideradas limitações. O número reduzido de técnicos juntamente com as várias solicitações, quer da estrutura residencial quer de outras valências a que estes têm que dar resposta, foi uma dificuldade sentida, uma vez que limitou o tempo que estes dispunham para desenvolver as atividades propostas visando a continuidade das mesmas. Ainda de realçar que, a amostra estudada é uma amostra reduzida, não representativa da população em ERPI.

Contributos das autoras

MJSJ: Desenho do estudo, recolha, armazenamento e análise de dados, revisão e discussão dos resultados.

EC: Desenho do estudo, revisão e discussão dos resultados.

TDM: Revisão, análise de dados e discussão dos resultados.

Todos as autoras leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Proteção de Pessoas e Animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia de 2013 da Associação Médica Mundial.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures were followed according to the regulations established by the Clinical Research and Ethics Committee and to the 2013 Helsinki Declaration of the World Medical Association.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO; 2017. [acedida em nov 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO; 2017. [acedida em nov 2021]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf>
3. Organização das Nações Unidas. Envelhecimento. [acedida em nov 2021]. Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
4. PORDATA. Índice de Envelhecimento. [acedida em nov 2021]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>
5. Roig Dyego J, Souza L, Andrade F, Filho B, Medeiros R, Oliveira N, et al. Self-perceived health in institutionalized elderly. *Ciência Saúde Coletiva*. 2016;21:3367-75. doi:10.1590/1413-812320152111.15562015
6. Ferreira PM. O Envelhecimento ativo em Portugal: tendências recentes e (alguns) problemas. *Rev Kairós Gerontol*. 2015;7-29.
7. N Neri AL, Borim FS, Fontes AP, Rabello DF, Cachioni M, Batistoni SS, et al. Factors associated with perceived quality of life in older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018;25;52:16s. doi:10.11606/S1518-8787.2018052000613.
8. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*. 2003;37:364-71.
9. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. (EASYCARE: Um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas): EASY-CARE: Eldery Assessment System. *Rev Estatíst*. 2002; 26:10-25.
10. Ramos OM, Soares S. Qualidade de vida e a autoperceção da saúde relacionada com a saúde oral: o caso particular de idosos institucionalizados. *Millenium J Educ Technol Health*. 2021;14:29-36. doi:10.29352/mill0214.21418

11. Román XA, Toffoletto MC, Sepúlveda JC, Salfate SV Grandón KL. Factors associated to subjective wellbeing in older adults. *Texto Contexto-Enferm*. 2017;26. doi:10.1590/0104-07072017005460015
12. Zanesco C, Bordin D, Santos CB, Müller EV, Fadel CB. Fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros. *Rev Brasil Geriatria Gerontol*. 2018; 21:283-92. doi:10.1590/1981-22562018021.170210
13. Silva J, Barbosa M, Castro P& Noronha M. Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. *Rev Brasil Geriatria Gerontol*. 2013;16:337-46. doi:10.1590/S1809-98232013000200013
14. Camões M, Fernandes F, Silva B, Rodrigues T, Costa N, Bezerra P. Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sociocomportamentais. *Motricidade*. 2016;12:96-105. doi:10.6063/motricidade.6301
15. Mendes J. Envelhecimento (s), qualidade de vida e bem-estar. *A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação*. [acedida em nov 2021]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Jose-Mendes-11/publication/342365705_Envelhecimentos_qualidade_de_vida_e_bem-estar/links/5ef12f56a6fdcc73be96b4c5/Envelhecimentos-qualidade-de-vida-e-bem-estar.pdf
16. Souza C, Valmorbida L, Oliveira J, Borsatto A, Lorenzini M, Knorst M, et al. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Rev Brasil Geriatria Gerontol*. 2013;16:285-93. doi:10.1590/S1809-98232013000200008
17. Batista M, Meneses K, Pompeu L, Silva R, Sousa C, Lago E. A Percepção Do Idoso Sobre Sua Vivencia Em Instituição De Longa Permanência. *Rev Enferm UFPE Online*. 2014;8: 1988-96. doi:10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201421.
18. Lopes M, Araújo J, Nascimento E. O envelhecimento e a qualidade de vida: a influência das experiências individuais. *Rev Kairós Gerontol*. 2016;19:181-99. doi: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i2p181-199>
19. Josino J, Costa R, Vasconcelos T, Domiciano B, Brasileiro I. Análise do estado de funcionalidade de idosos residentes em unidades de longa permanência. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2015;28:351-60. doi:10.5020/18061230.2015.p351
20. Silva TB, Magalhães CM, Abreu DC. (2015). Capacidade funcional de idosos acolhidos em instituições de longa permanência da rede pública em uma capital da região NORTE. *Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento*. 2015;20. doi:10.22456/2316-2171.45506

21. Barbosa GC, Araújo Vilela D, Campos ML, Silva Santos R, Lima A, Leal L, et al. Desempenho cognitivo e autopercepção de saúde em idosos institucionalizados: estudo prospectivo. *Rev Kairós-Gerontol.* 2020;23:341-59.
22. Paula T. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos longevos assistidos na saúde suplementar [Master's Thesis, Universidade Federal de Pernambuco]. [acedida em nov 2021]. Disponível em: <https://attena.ufpe.br/handle/123456789/35354>
23. Nascimento R, Batista R, Rocha S, Vasconcelos L. Prevalence and factors associated with the decline in the elderly with cognitive low economic condition: MONIDI study. *J Brasil Psiquiatria.* 2015;64:187-92. doi:10.1590/0047-20850000000077
24. Ferreira L, Jerez-Roig J, Andrade F, Oliveira N, Araújo J, Lima K. Prevalência de quedas e avaliação da mobilidade em idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr.* 2016; 19:995-1003. doi:10.1590/1981-22562016019.160034
25. Castro M. (2016). Qualidade de Vida e Solidão em Idosos residentes em Lar. *Rev Port Enferm Saúde Mental.* 2016;Ed Especial:39-44. doi: doi.org/10.19131/rpesm.0115
26. Silva L, Silva M, Adelaide M, Bezerra P, Almeida V, Aparecida S, et al. Representações sociais sobre solidão por idosos institucionalizados. *Rev Pesq Cuidado Fundamental Online.* [acedida em dez 2021]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50575077200>