



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**GESTORES GERONTÓLOGOS: SATISFAÇÃO E
QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS NO DISTRITO DE BRAGANÇA.**

Jéssica Maria Gonçalves

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas

Orientada por

Maria Helena Pimentel

Paula Odete Fernandes

Bragança, dezembro de 2020.



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**GESTORES GERONTÓLOGOS: SATISFAÇÃO E
QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS NO DISTRITO DE BRAGANÇA.**

Jéssica Maria Gonçalves

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas

Orientada por

Maria Helena Pimentel

Paula Odete Fernandes

Bragança, dezembro de 2020.

Resumo

A gerontologia contribui para aumentar a qualidade de vida e a satisfação dos idosos, assim o tema desta dissertação assenta no interesse da avaliação da qualidade e da satisfação de vida com a existência de chefia por um gerontólogo na instituição e o tempo de permanência dos idosos na instituição. O presente estudo tem como objetivo analisar a satisfação e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados comparando a formação académica do gestor sendo gerontólogo ou não, e com o tempo de internamento dos idosos nas estruturas residenciais. Para o campo de atuação recorreu-se à aplicação do estudo em 10 instituições no distrito de Bragança sendo 5 com gestor gerontólogo e 5 sem gestor gerontólogo, permitindo constituir uma amostra final de 150 utentes. Neste sentido, apenas foram incluídos utentes com 65 anos ou mais e idosos cognitivamente capazes de responder aos questionários, sendo o processo de amostragem utilizado o não probabilístico. O estudo realizado tem por base uma análise quantitativa e analítica em que os dados foram recolhidos através do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL BREF e para a avaliação do grau de satisfação dos idosos recorreu-se à Escala de Avaliação dos Clientes de Estruturas Residenciais para Idosos (EASCERI). Dos resultados obtidos observou-se que a maioria dos inquiridos são do sexo feminino (53,3%), a predominância da faixa etária é de ≥ 85 anos. Quanto ao estado civil dos inquiridos maioritariamente são viúvos (58,7%) e a maior percentagem de habilitações literárias é detentor do 1.º ciclo (38%). Nas instituições onde existia um gestor Gerontólogo, os inquiridos estavam mais satisfeitos em todos os domínios da qualidade de vida apresentando valores estatisticamente significativos ($p\text{-value}<0,001$). No tempo de institucionalização (>3 anos ou ≤ 3 anos) a qualidade de vida é idêntica ($p\text{-value}>0,05$) com a exceção do domínio físico do instrumento de avaliação ($p\text{-value}=0,006$) que obteve resultados expressivamente melhores e estatisticamente significativos, em idosos com menos tempo de permanência nas estruturas residenciais. No que concerne, à satisfação com a vida, os inquiridos em instituições com gestor Gerontólogo, encontram-se mais satisfeitos. Quanto ao tempo de institucionalização (inferior a três anos ou de pelo menos três anos), só nos fatores ambientais e estruturais ($p\text{-value}=0,007$) e atividades ocupacionais ($p\text{-value}=0,033$) é que os resultados obtidos se apresentaram como melhores para os idosos com menos tempo de institucionalização. Concluiu-se que os idosos em instituições com gestor gerontólogo encontram-se mais satisfeitos em todos os domínios da qualidade de vida e da satisfação com a vida do que os idosos em instituições sem gestor gerontólogo, relativamente ao tempo de permanência dos idosos nas estruturas residenciais concluiu-se quanto a qualidade de vida que não existem diferenças nas medias dos valores das dimensões da qualidade de vida por tempo de permanência dos idosos nas estruturas residências. Ainda, relativamente ao grau de satisfação de vida dos idosos por tempo de permanência concluiu-se que há diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da escala EASCERI para as dimensões 'Fatores Ambientais e estruturais' e 'Atividades Ocupacionais'.

Palavras-chave: Satisfação, Qualidade de vida, Gerontólogo, Idoso, Institucionalização.

Abstract

Gerontology contributes to increasing the quality of life and satisfaction of the elderly, so the theme of this dissertation is the interest of evaluating satisfaction and quality with the existence of a director by a gerontologist at the institution. The present study aims to analyse the satisfaction and quality of life of institutionalized elderly compared to the academic background of the manager being a gerontologist or not, and the length of stay of the elderly in residential structures. For that the study it was applied to 10 institutions in the municipality of the *Bragança*, constituting a final sample of 150 users. In this regard, only users aged 65 or older and elderly people cognitively able to answer the questionnaires were included, using the non-probabilistic sampling process. The study was based on quantitative and analytical analysis, in which data were collected through the WHOQOL BREF quality of life assessment instrument. To assess the elderly satisfaction level, the Scale of Assessment of Customers of Residential Structures for the Elderly (EASCERI) was used.

From the results obtained, it was observed that the majority of respondents are female (53.3%), the predominance of the age group is ≥ 85 years. As for the respondents' marital status, the majority are widowed (58.7%) and the highest percentage of educational qualifications holds the 1st cycle (38%). In institutions where a gerontologist manager existed, respondents were more satisfied in all areas of quality of life, presenting statistically significant values ($p\text{-value} < 0.001$). At institutionalization time (> 3 years or ≤ 3 years), the quality of life is identical ($p\text{-value} > 0.05$) except for the physical domain of the assessment instrument ($p\text{-value} = 0.006$), which obtained significantly better results and statistically significant, in the elderly with less time spent in residential structures. Concerning life satisfaction, respondents in institutions with a gerontologist manager are more satisfied. As for the institutionalization time (less than three years or at least three years), only in environmental and structural factors ($p\text{-value} = 0.007$) and occupational activities ($p\text{-value} = 0.033$) do the results obtained show themselves as better for the elderly with less institutionalization time. It was concluded that the elderly in institutions with gerontologist manager are more satisfied in all areas of quality of life and satisfaction with life than the elderly in institutions without gerontologist manager. Regarding the length of stay of the elderly in residential structures, it was concluded that there are no differences in the dimensions of quality of life by length of stay of the elderly in residential structures. Additionally, in relation to the degree of life satisfaction of the elderly by length of stay it was concluded that there are statistically significant differences in the dimensions of the EASCERI scale, namely for the 'Environmental and Structural Factors' and 'Occupational Activities' dimensions.

Keywords: Satisfaction, Quality of life, Gerontologist, Elderly, Institutionalization.

Dedicatória

Dedico este trabalho, com um carinho muito especial:

Aos meus pais,

Que muitas vezes se doaram e deixaram os seus sonhos, para que eu pudesse realizar mais um,

Por tudo o que me ensinaram na vida, em especial por toda a força e incentivo que me deram ao longo deste meu percurso,

Por todas as lágrimas que me limpavam e por receber sempre um sorriso,

Obrigada por nunca me deixarem desistir.

Com muito amor, paciência, compreensão, incentivo e apoio incondicional.

À minha Avó,

Um especial e grande obrigada.

Por todo o amor, dedicação, ajuda ao longo deste grande desafio.

Obrigada!

Agradecimentos

A realização desta dissertação de mestrado foi para mim como uma longa viagem, cheia de desafios, tristezas, alegrias, incertezas, mas por fim com certezas, foi possível graças a toda a colaboração de muitas pessoas que, de variadas formas, me prestaram todo o auxílio, compreensão e apoio que me transmitiram e a quem eu quero agradecer.

Agradeço especialmente:

- Em primeiro lugar às minhas orientadoras: Professora Doutora Paula Odete Fernandes e Professora Doutora Helena Pimentel, por todo o apoio e força em me ajudar e nunca desistir, por todos os conselhos, incentivos, paciência e acima de tudo toda a disponibilidade que sempre tiveram comigo.
- À professora Helena Pimentel pela disponibilização e autorização do uso do instrumento de avaliação da satisfação de vida, EASCERI.
- À Doutora Cristina Canavarro da Relações desenvolvimento & Saúde pela disponibilização e pela autorização do instrumento de avaliação da qualidade de vida, WHOQOL-BREF.
- A todas as instituições que me facilitaram e autorizaram a aplicação dos questionários para a realização desta dissertação, à forma como me receberam, por todo o carinho, por toda a disponibilidade.
- Um especial obrigado a todos os idosos que participaram no estudo, mostrando-me sempre um sorriso e carinho para comigo.
- A todos os meus amigos, por todo o apoio, amizade e companheirismo que transmitiram para que eu nunca desistisse desta dissertação.

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AVD – Atividade de Vida Diária

EASCERI – Escala de Avaliação da Satisfação dos Clientes de Estruturas Residenciais para idosos

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

QdV – Qualidade de vida

SPSS – *Statistical Product and Service Solutions*

WHOQOL-WORLD – *The World Health Organization Quality of Life Group*

WHOQOL-BREF – *World Health Organization Quality of Life Instruments - Bref*

Índice Geral

Índice de Figuras	viii
Índice de Tabelas	ix
Introdução.....	11
1. Fundamentação teórica.....	13
1.1 O envelhecimento.....	13
1.1.1 O idoso, velhice e envelhecimento.....	13
1.1.2 Processos de envelhecimento	15
1.1.3 Envelhecimento demográfico	16
1.2 A gerontologia e o gerontólogo	20
1.2.1 A Gerontologia.....	20
1.2.2 O papel do gerontólogo	21
1.3 A institucionalização	21
1.4 A gestão das Instituições	26
1.5 Satisfação e qualidade de vida dos idosos institucionalizados	28
1.5.1 Satisfação de vida dos idosos	28
1.5.2 Qualidade de vida dos idosos	29
2. Investigação Empírica	32
2.1 Objetivo do estudo e Hipóteses de investigação	32
2.2 Definição da amostra em estudo.....	33
2.3 Instrumentos de recolha de dados	34
2.4 Tratamento de dados	36
3. Apresentação dos resultados	37
3.1 Caracterização sociodemográfica	37
3.2 Caracterização da auto percepção de bem-estar	38
3.3 Caracterização do internamento	39
3.4 Validação das hipóteses de investigação	42
4. Discussão dos Resultados	46
Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação	50
Referências Bibliográficas	53

Anexos.....	56
Anexo A Autorização para a utilização do Instrumento WHOQOL-BREF.....	57
Anexo B Consentimento Informado.....	59
Anexo C Instrumento WHOQOL-BREF.....	62
Anexo D Escala de Avaliação da Satisfação dos Clientes de Estruturas Residenciais para Idosos (EASCERI).....	68
Anexo E Dados da variável profissão.....	70

Índice de Figuras

Figura 1: Índice de Envelhecimento em Portugal.	17
Figura 2: Pirâmide de Idades de Portugal.	18
Figura 3: Âmbito de Intervenção da Gerontologia.	10

Índice de Tabelas

Tabela 1: Índice de Envelhecimento em Trás-os-Montes	19
Tabela 2: Índice de Envelhecimento no distrito de Bragança	19
Tabela 3: Caracterização sociodemográfica	38
Tabela 4: Caracterização da auto percepção de bem-estar	39
Tabela 5: Caracterização do internamento	39
Tabela 6: Resultados da escala de satisfação dos clientes de estruturas residenciais para idosos (%).....	40
Tabela 7: Resultados da escala de satisfação dos clientes de estruturas residenciais para idosos de acordo com as suas dimensões	41
Tabela 8: Caracterização dos fatores da escala WHOQOL-BREF.....	42
Tabela 9: Qualidade de vida pela existência de gerontólogo na instituição, por fator	43
Tabela 10: Qualidade de vida pelo tempo de internamento do idoso na instituição, por fator.....	43
Tabela 11: Satisfação dos idosos pela existência de gerontólogo na instituição, por dimensão.....	44
Tabela 12: Satisfação dos idosos pelo tempo de internamento do idoso na instituição, por dimensão	44
Tabela 13: Resumo com o resultado final para cada hipótese de investigação	45

Introdução

O envelhecimento da população tem sido constantemente um dos maiores desafios para todos os sistemas de apoio a idosos. Desde há alguns anos, o envelhecimento da população tornou-se uma das principais preocupações dos intervenientes no domínio da saúde.

O processo do envelhecimento é um processo bastante complexo. Assim, a gerontologia surgiu no início de 1901 como ciência que estuda o processo do envelhecimento sob todos os aspetos, o envelhecimento físico, ou seja a perda progressiva da capacidade do corpo para se renovar; o envelhecimento psicológico, ou seja, há transformação dos processos sensoriais, percetuais, cognitivos e da vida afetiva do indivíduo; o envelhecimento comportamental com as modificações pré-citadas enquadradas num determinado meio reagrupando as aptidões, as expectativas, as motivações, a autoimagem, os papéis sociais, a personalidade e a adaptação; e ainda num contexto social com a influência que o indivíduo e a sociedade exercem um sobre o outro. Este último aspeto diz respeito à saúde, ao rendimento económico, ao trabalho, ao lazer e à família (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A OMS citada por Paúl e Fonseca (2005, pp.77-78) define qualidade de vida como sendo “a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Neste modelo da OMS a qualidade de vida abrange a dimensão física, psicológica, social e ambiental, introduzindo as variáveis diversificadas e não sobreponíveis à satisfação de vida, na compreensão do processo de envelhecimento.

De acordo com Paúl e Fonseca (2005, p. 76), “para os idosos casados a relação com o cônjuge é o que melhor prevê a satisfação de vida e a principal fonte de ajuda para lidar com os problemas de saúde e de incapacidade”, este autor diz-nos que o cônjuge prevê e leva a uma melhor satisfação de vida.

O presente estudo tem como objetivo analisar a satisfação e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados comparando a formação académica do gestor sendo gerontólogo ou não, e com o tempo de internamento dos idosos nas estruturas residenciais. Pretende-se, assim, relacionar a qualidade de vida e a satisfação de vida dos idosos e a existência de um gerontólogo em cargos de chefia e outras variáveis independentes, como o tempo de permanência nas estruturas residenciais, que promovam e facilitem o planeamento de intervenções.

Os instrumentos de recolha de dados para a avaliação da qualidade de vida foi WHOQOL-BREF, este instrumento é constituído por uma escala sociodemográficas das quais foram acrescentadas algumas para o rastreio sociodemográfico. A avaliação do grau de satisfação dos idosos segundo a Escala de Avaliação dos Clientes de Estruturas Residenciais para Idosos (EASCERI). Por fim a comparação da qualidade de vida e o grau de satisfação dos idosos institucionalizados nas estruturas residenciais com gestores Gerontólogos versus gestores não Gerontólogos.

O estudo encontra-se dividido em 5 secções, após a presente introdução: na primeira secção, apresenta-se o enquadramento teórico onde é avaliado o envelhecimento, o conceito de idoso, velhice e o próprio conceito de envelhecimento; com uma abordagem dos aspetos fisiológicos e psicossociais e o envelhecimento demográfico. Ainda no enquadramento teórico é abordado o conceito de gerontologia, papel do gerontólogo e o processo de institucionalização, por fim um ponto de máxima importância a gestão das instituições e a definição das variáveis satisfação e qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Na secção dois, será apresentado o enquadramento metodológico, onde vai ser realizado, a contextualização do estudo e objetivos. Segue-se a secção três, que incluirá a apresentação, análise e tratamento dos dados, com a caracterização sociodemográfica, avaliação da satisfação e da qualidade de vida dos utentes de estruturas residenciais para pessoas idosas em relação à existência de chefia gerontológica ou não. De seguida a apresentação e discussão dos resultados encontra-se na secção quatro. E por fim, na última secção, apresentam-se as conclusões, limitações e futuras linhas de investigação no âmbito do presente trabalho.

1. Fundamentação teórica

1.1 O envelhecimento

1.1.1 O idoso, velhice e envelhecimento

Apesar da evolução na idade ser um fator que determina o grau de maturidade do indivíduo, fruto de um processo de envelhecimento, este não é igual em todos nós, nem em intensidade nem em ritmo. Os conhecimentos adquiridos e as experiências de vida variam de indivíduo para indivíduo. Atualmente a percepção social do idoso aos 65 anos já não possui o mesmo significado que há 40 ou 60 anos, uma vez que a esperança de vida, para um indivíduo com esta idade, não é a mesma nas duas épocas (Tavares, 2014).

Ser idoso é uma condição plural dos indivíduos que têm o privilégio de experimentar vidas longas. A condição de ser idoso compreende-se na sequência das histórias de vida e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos. As várias formas de envelhecer incluem idosos bem-sucedidos e ativos, mas também idosos incapazes, cuja autonomia está limitada pela doença e pelo

contexto em que vivem. A complexidade do processo de envelhecimento e a heterogeneidade dos resultados emergem tanto em termos da qualidade de vida, como de outros indicadores psicossociais. Há, contudo, aspetos recorrentes que parecem ser transversais à vivência dos mais velhos, como o sentimento de solidão (Paúl & Fonseca, 2005).

Na velhice existem as últimas manifestações é nesta última fase do ciclo de vida que se caracteriza por uma redução da capacidade funcional, que leva a diminuição do trabalho como da própria resistência do corpo. Isto leva a um conjunto de sentimentos negativos como solidão, insatisfação e diminuição da qualidade de vida dos idosos.

Esta pode ser definida por uma fase de muitas dificuldades para o idoso, principalmente se forem considerados os estereótipos associados à idade, pois o idoso é, por vezes, desprezado e rejeitado por perder muitas das funções, requerendo, assim, alguns cuidados por parte dos seus familiares e da sociedade em geral (Amaro, 2013).

Um estudo realizado por Freitas, Queiroz, e de Sousa (2010) para definir a velhice com relatos de idosos, para alguns, a velhice foi definida como a interrupção de atividades que exerciam satisfatoriamente e que gostariam de continuar a exercer, principalmente as relativas ao trabalho, apontam a velhice como o veículo possibilitador de alterações na saúde que os impede de realizar as atividades de vida diária. Assim, verifica-se que na velhice o ser humano fica mais sujeito a perdas evolutivas em vários domínios, em virtude da sua programação genética, dos eventos biológicos, psicológicos e sociais característicos da sua história individual e acontecimentos que ocorrem ao longo do curso da história de cada sociedade. No entanto, dizer que na velhice acontecem mais perdas do que ganhos, não significa dizer que a velhice é sinónimo de doença, tão pouco que as pessoas ficam impedidas de se envolverem com outras atividades.

A construção do significado da velhice é permeada por crenças, mitos, preconceitos, estereótipos que nesta sociedade se expressam por meio de representações depreciativas do fenómeno do envelhecimento e do sujeito que envelhece, definindo o seu lugar social (Rodrigues & Soares, 2006).

Segundo Jacob, et al., (2011) o envelhecimento individual é um termo distinto de velhice. O envelhecimento individual é um processo das alterações biopsicossociais que decorrem desde o momento da concepção até à morte do indivíduo. Assim, o envelhecimento individual não é igual para todos, o que significa que todos envelhecem de forma diferente e que são afetados por diversos fatores tais como: o estilo de vida, a alimentação, o grau educacional, o tipo de profissão exercida, as doenças crónicas ou a prática do exercício.

O envelhecimento foi desde sempre motivo de reflexão dos homens, na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte. Ao longo dos tempos, o conceito de envelhecimento e as atitudes perante os velhos têm vindo a mudar e refletem, por um lado, o nível de conhecimentos sobre a filosofia e anatomia humana e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas (Paúl & Fonseca, 2005).

O envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida, pelo que é difícil. De um modo geral, o envelhecimento

processa-se ao longo do ciclo vital. Ninguém fica velho de um momento para o outro e apenas as alterações progressivas das características físicas e mentais das pessoas são indicadoras de velhice. Daqui, emergem algumas insuficiências associadas à utilização da idade cronológica como medida para definir o envelhecimento (Sequeira, 2010).

O envelhecimento é caracterizado por uma série de alterações morfo-funcionais, bioquímicas e psicológicas que ocorrem durante todo o ciclo vital (Rocha, 2013).

Este pode ser analisado em duas perspetivas: 1) na perspetiva do conjunto da população, denominado envelhecimento demográfico ou populacional ou 2) na perspetiva do indivíduo, entendido por envelhecimento individual. Enquanto a primeira compromete as alterações da estrutura etária da sociedade e se traduz no acréscimo dos 65 e mais anos no total da população, a segunda, engloba a mudança progressiva que o envelhecimento acarreta na estrutura biológica, psicológica e social (Carvalho, 2013).

Esta alteração da condição de vida leva-nos a pensar sobre a satisfação e qualidade de vida. Certos idosos conseguem adaptar-se ao seu novo estado de vida, mas outros não, levando-os por vezes à procura de instituições como forma de obter ajuda e resposta às suas necessidades.

1.1.2 Processos de envelhecimento

O envelhecimento ocorre em todos os indivíduos, no qual predomina a perda de adaptação e diminuição da funcionalidade. Esta diminuição da funcionalidade conduz a alteração a própria capacidade do indivíduo, levando à diminuição da qualidade de vida dos idosos.

As alterações no decorrer do envelhecimento não se manifestam de forma homogénea, isto devido a várias causas como a variabilidade genética, a diferença das experiências de vida de cada idoso e ainda a diminuição da capacidade de reação a estímulos.

Lima (2006), citado por Carvalho (2013, p. 23) refere que, “o envelhecimento biológico está associado à morte dos neurónios, ao aparecimento de perturbações de saúde e à diminuição da capacidade funcional”.

As alterações físicas encontram-se ligadas a transformações biológicas, como consequência da alteração e da diminuição do tamanho dos músculos, da força e resistência muscular, a alteração no controlo e rapidez dos movimentos devido à diminuição da flexibilidade e da elasticidade.

Alterações psicológicas, segundo Moragas (1998), são sobretudo a nível cognitivo e afetivo. Ao nível da aprendizagem é necessário mais tempo, requerendo estímulos motivadores para maior atenção na fase de aprender (Amaro, 2013). O mesmo autor refere ainda que, a nível cognitivo a inteligência fluida atinge o seu auge na adolescência e depois declina ao longo da vida. A memória imediata ou primária fica prejudicada com o envelhecimento, enquanto que a memória recente enfraquece moderadamente.

As perdas efetivas podem estar relacionadas com a morte de um familiar ou do parceiro que levam o idoso à diminuição da autoestima e elevam a expectativa constante da morte.

Os fatores de risco no idoso são de três tipos, os fisiológicos que incorporam alterações do sono, avanço de fase, alterações de arquitetura, diminuição da depuração hepática e renal, alterações anatómicas das vias aéreas, dor e doenças crônicas, psiquiátricas e polimedicação; os fatores psicológicos: a viuvez, falecimento de amigos, isolamento, menor atividade física e intelectual, perda de objetivos, dependência de terceiros e desvalorização. Relativamente aos fatores psicológicos muitas vezes traduzem-se numa situação de depressão que pode levar a insónia (Veríssimo et al, 2014).

Ao nível social há alterações como o envelhecimento, com a alteração do estatuto social. A passagem da reforma pode assim representar uma perda de estatuto.

Silva (2006) citado por Lopes, (2010, p. 16) diz-nos que, a exclusão social induz quer a perda de estatuto conferido pela atividade profissional, quer a perda do reconhecimento social que ela sustenta. Esta passagem para a reforma pode significar uma perda de identidade baseada num desempenho profissional. Com isto podem surgir dificuldades económicas, que diminuem a participação na sociedade, aumentando o isolamento.

A alteração social que ocorrem no processo de envelhecimento são a reforma imposta em idade determinada e inflexível, o que faz com que o idoso sinta uma desvalorização social por perda de um certo estatuto profissional e social que lhe é reconhecido. Este aspeto conduz a um maior isolamento social e a um aumento do sentimento de solidão, quer seja pela perda de uma rede de relações sociais, quer pela morte de um cônjuge e amigos, o que exige da pessoa um total reajustamento social, conduzindo muitas vezes à ausência de projetos individuais e sociais (Lopes, 2010, p. 2).

Mudanças sociais no processo de envelhecimento segundo Zimerman (2000), citado por Amaro (2013): a idade social é definida pela obtenção de hábitos e status social do indivíduo, para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas da sua idade, da sua cultura e do seu grupo social. A idade social corresponde, assim, aos comportamentos atribuídos aos papéis etários que a sociedade determina para os seus membros.

A passagem para a reforma pode assim ajudar a favorecer o isolamento social, a inatividade, a depressão, gerando sentimentos até mesmo de inutilidade. No processo de envelhecimento podem verificar-se perdas, solidão, isolamento podendo levar o idoso a uma situação de depressão contribuindo para a baixa autoestima.

1.1.3 Envelhecimento demográfico

O envelhecimento demográfico é determinado a partir do momento em que a proporção da população idosa na população total aumenta, quer como resultado da perda de importância relativa da população jovem ou da população em idade ativa, ou de ambas (Carvalho, 2013).

O envelhecimento demográfico em Portugal resulta fundamentalmente de três fatores: 1) baixa da taxa de natalidade; 2) os fluxos migratórios em que saem os jovens à procura de melhores condições

de vida, ficando os mais velhos para trás e, por outro lado, regressa a população idosa emigrada ao país de origem; 3) aumento da esperança de vida (Carvalho, 2013).

Este envelhecimento populacional tende, também, a ser perspetivado de forma negativa. Ao acréscimo da população idosa associa-se o aumento exponencial de custos e despesas com pensões de reforma, saúde e equipamentos sociais. Custos e despesas que terão de ser suportados pelos impostos e contribuições sociais provenientes dos membros da geração em atividade, já muito sobrecarregados pelos seus próprios encargos e cada vez mais comprimidos pelo decréscimo da fecundidade e consequente diminuição da população ativa (Jacob, et al., 2011).

Segundo os dados dos Censos (2011) a quantidade de população feminina é reforçada, à medida que a idade avança, sendo que no grupo etário dos 65 ou mais anos se verifica a preponderância das mulheres (11%) face aos homens (8%), estes resultados podem ser explicados pela sobremortalidade da população masculina e a sua esperança de vida à nascença, pois em média, as mulheres vivem cerca de seis anos a mais do que os homens. Ainda se verifica que 60% da população idosa vive só ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas, situação cuja dimensão aumentou 28% ao longo da última década.

Nos últimos anos, tem-se verificado como podemos ver no gráfico (Figura 1) um aumento bastante acelerado do índice de envelhecimento. Este envelhecimento pode ser considerado positivo se os idosos viverem em qualidade e por mais tempo. Estes valores verificam-se devido a melhoria das condições de vida.

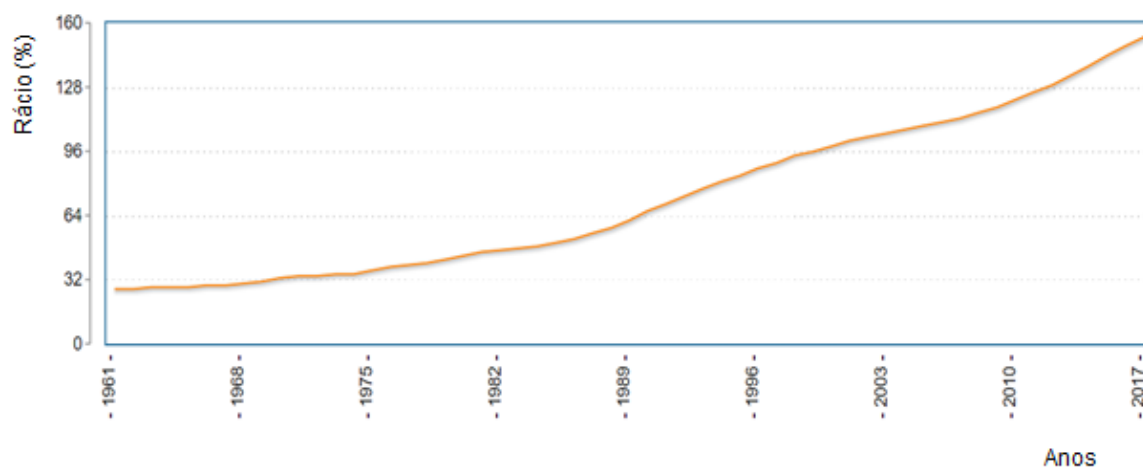


Figura 1: Índice de Envelhecimento em Portugal.

Fonte: Pordata (2018).

Com este aumento da população idosa torna-se importante garantir a felicidade, qualidade de vida e a satisfação dos idosos.

Pela avaliação do Figura 2, em Portugal o aumento da população idosa em toda a população corresponde ao fenómeno demográfico bem evidenciado, nesta pirâmide etária que compreende o período entre 2007 e 2017 (INE, 2018). Este fenómeno é verificável na maioria dos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento. Da análise das duas pirâmides, na base realça-se um estreitamento, que se traduz na redução de jovens resultante da diminuição da natalidade, no cimo da pirâmide realça-se um alargamento devido ao aumento da população idosa, ou seja, aumento da longevidade e da esperança de vida. Este fenómeno demográfico é assim uma consequência da passagem de um modelo onde a natalidade e a mortalidade passaram de valores elevados, para um modelo onde os respetivos fenómenos assumem valores mais reduzidos, processo que se desenvolve ao longo do tempo.

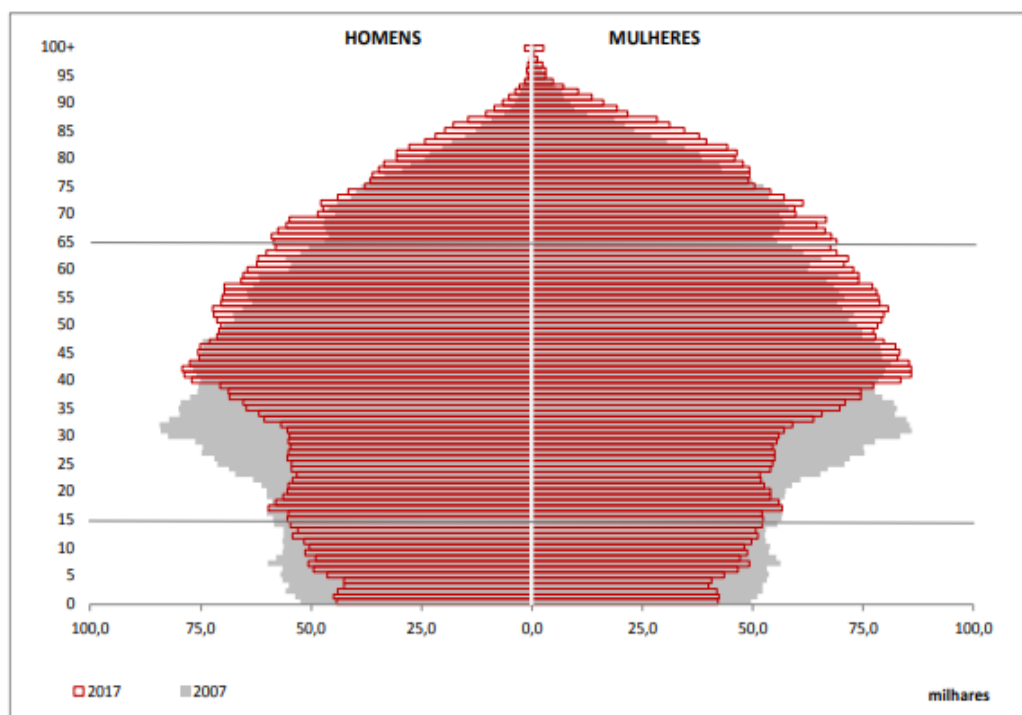


Figura 2: Pirâmide de Idades de Portugal.

Fonte: INE (2018).

Portugal é um país de baixa fecundidade com um nível inferior ao exigido para substituir as presentes gerações de país, ou seja, cerca de 2,1 crianças por mulher. Este desenvolvimento resulta em profundas implicações económicas e sociais, dado que os efeitos da fecundidade, ao contrário da longevidade, fazem-se sentir no longo prazo (Carrilho & Patrício, 2010, pp. 101-146). Em 2019 a taxa de fecundidade é de 1,42 (Pordata, 2020).

Segundo Nunes (2012), o concelho de Bragança é um dos maiores concelhos do país, com uma área aproximada de 1.174 km², 35.341 habitantes. Bragança apresenta uma taxa de crescimento populacional de 1,7%, superior à média da Região Norte. Dispõe de várias instituições que se dedicam essencialmente à área social. O mesmo autor refere que nos últimos anos o número de Instituições no concelho de Bragança aumentou significativamente, novos e modernos

equipamentos foram construídos e novas valências disponibilizadas. Como se pode verificar na Tabela 1, o índice de envelhecimento na região Terras de Trás-os-Montes tem aumentado significativamente sendo demonstrativo do elevado envelhecimento da população, em 2017 apresentou um rácio de 291,2 pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 indivíduos menores que 15 anos de idade. Pelo valor da taxa de variação anual pode, ainda, observar-se uma variação positiva de 2015 para 2016 de 3,2% e uma pequena redução, mas uma variação positiva, entre este último ano e 2017 (2,6%). Embora em 2019 se verifique uma taxa de variação anual de 1,9%, e observou-se uma redução da mesma ao longo do período em análise, porém continua a ser preocupante o elevado índice de envelhecimento, na região Terras de Trás-os-Montes.

Tabela 1: Índice de Envelhecimento em Trás-os-Montes.

Anos	2015	2016	2017	2018	2019
Terras de Trás-os-Montes	274,9	283,8	291,2	297,8	303,6
Taxa de variação anual	-	3,2%	2,6%	2,3%	1,9%

Fonte: Pordata (2020).

À semelhança da Terra de Trás-os-Montes, também o distrito de Bragança tem vindo a aumentar o seu índice de envelhecimento, registando no ano de 2017, um rácio de 210,5 pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 indivíduos menores que 15 anos de idade (Tabela 2). Pela análise aos valores apresentados na tabela seguinte, o Índice de Envelhecimento no distrito de Bragança tem aumentado significativamente, em termos absolutos. É notória a elevada variação anual positiva no período de 2015 para 2016, que ronda os 34%, tendo-se assistido a um decréscimo na taxa de variação anual para 12,1%, entre 2016 e 2017. Nos anos seguintes a taxa de variação anual apresentou valores mais satisfatórios, rondando os 2%, porém é notório o elevado índice de envelhecimento que se regista no distrito de Bragança.

Tabela 2: Índice de envelhecimento no distrito de Bragança.

Anos	2015	2016	2017	2018	2019
Distrito de Bragança	140,2	187,7	210,5	215,5	219,4
Taxa de variação anual	-	33,9%	12,1%	2,4%	1,8%

Fonte: Pordata (2020).

Segundo Grande (2016), citado por de Sousa (2018), quando se analisa a população idosa numa área como o distrito de Bragança torna-se importante fazer referência ao contexto social do envelhecimento da população, à interioridade do distrito e à deficitária rede de estradas.

O envelhecimento demográfico tem sido uma grande preocupação nos cuidados de saúde e apoio social prestado às pessoas idosas.

1.2 A gerontologia e o gerontólogo

1.2.1 A Gerontologia

De um desenvolvimento recente, a Gerontologia começou a ganhar estatuto sobretudo a partir do século XX onde surgiram os primeiros manuais com a sistematização dos conhecimentos multidisciplinares sobre o idoso e o envelhecimento. Começa então a perceber-se que a visão pluridisciplinar do fenómeno era essencial, embora com isto se perdesse a potencialidade teórica de um modo explicativo, com uma linguagem única. É esta abordagem múltipla que caracteriza a Gerontologia (Paúl & Fonseca, 2005).

Os gerontólogos procuram explicar: i) o envelhecimento como um processo que ocorre ao longo do tempo, sob os pontos de vista biológico, psicológico e social; ii) os problemas funcionais dos idosos em termos da sua maior ou menor capacidade para levarem uma vida independente; iii) a idade enquanto padrão de comportamento social (Fonseca, 2006).

Na atualidade, acompanhando o reconhecimento crescente do envelhecimento demográfico e da necessidade de qualificar recursos humanos na área, instituições de ensino superior oferecem cursos de primeiro ciclo em gerontologia e em gerontologia social (Pereira, Galvão, & Fernandes, 2017).

Estes autores referem que a formação em gerontologia assenta em três componentes básicas: uma médica/cuidados de saúde; uma psicológica; e uma componente sociológica organizacional (Figura 4).

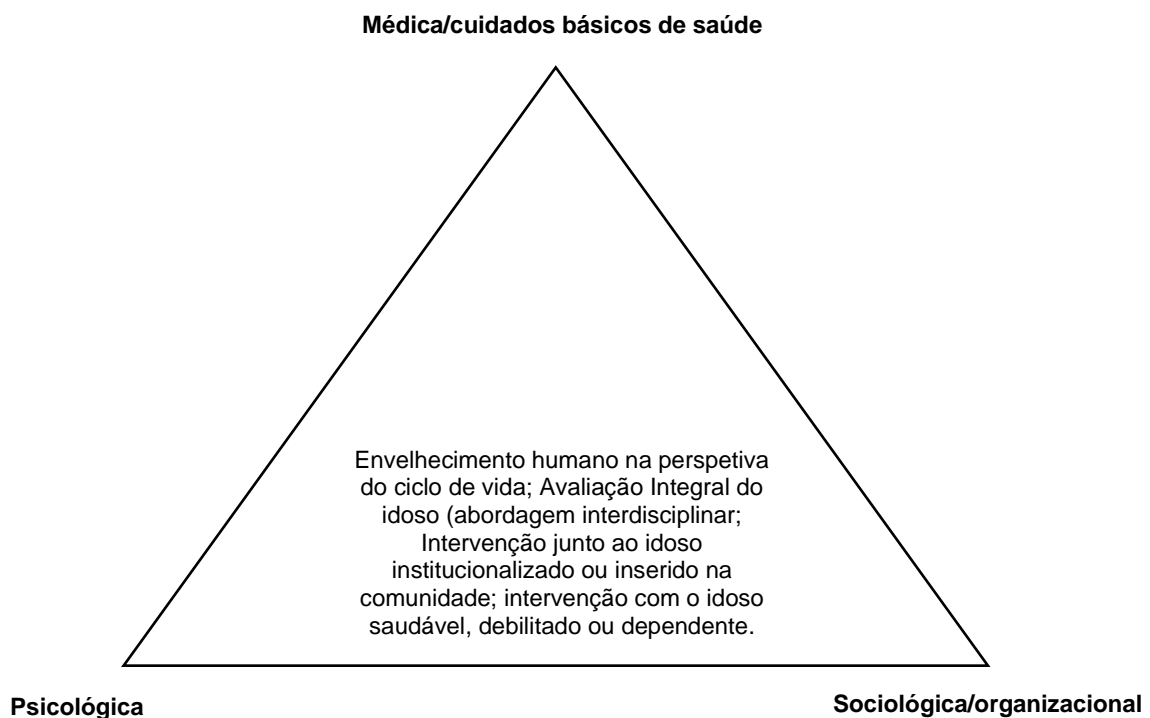


Figura 3: Âmbito de Intervenção da Gerontologia.

Fonte: Pereira, et al. (2017, p. 24).

1.2.2 O papel do gerontólogo

Uma vez mais o gerontólogo aparece como principal ator de um caminho a percorrer, pois é a pensar no futuro que poderemos solucionar alguns dos problemas da atualidade prevenindo os vindouros. Cabe ao gerontólogo estudar problemáticas, definir estratégias e apontar soluções para um envelhecimento mais sustentável (Pereira, et al., 2017).

Segundo o mesmo autor Pereira et al. (2017, p. 64) “o gerontólogo possui competências para trabalhar em contexto institucional específico, como residências para pessoas idosas e serviços de apoio domiciliário, assim como, em contexto comunitário, junto da família, ou de instituições da administração local (câmaras municipais, juntas de freguesia, segurança social) ou ainda em instituições de saúde (hospitais e centros de saúde). O gerontólogo encontra-se habilitado a intervir junto dos idosos saudáveis, debilitados ou dependentes; a intervenção junto dos idosos saudáveis, ou com bom nível de autonomia, visa promover e maximizar as possibilidades de uma terceira e quarta idade vivida de forma tanto quanto possível feliz e saudável; nesta ordem de ideias a sua intervenção deverá exercer-se sobretudo na comunidade e não tanto na situação da institucionalização”. Uma visão mais pormenorizada da intervenção do gerontólogo pelo mesmo autor algumas das áreas de intervenção dos gerontólogos, igualmente importantes, como as competências de gestão de recursos humanos e materiais, de investigação e de prestação de cuidados básicos de saúde, mas que não são específicas da gerontologia, pelo contrário são exatamente as áreas de competências que os Gerontólogos partilham com outros profissionais, como por exemplo: enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, animadores sociais, psicólogos e sociólogos.

1.3 A institucionalização

Antes da institucionalização acontecer a família tem um papel fundamental. Tortosa (2004) citado por Amaro, (2013) refere que as famílias dos idosos devem pedir à instituição uma planificação racional dos seus recursos e das condições técnicas para poderem oferecer um serviço de qualidade. A falta de recursos materiais e humanos, a excessiva carga de trabalho, a falta de conhecimento profissional, a rigidez administrativa e a variabilidade das personalidades dos funcionários constituem alguns dos fatores que favorecem o aumento da fadiga e a falta de motivação para continuar a trabalhar e, conseqüentemente, podem apresentar atitudes negativas dos funcionários para com os idosos.

A qualidade das instituições depende do seu funcionamento como a prestação de serviços, a capacidade de cada elemento que a constitui e como as necessidades do idoso são satisfeitas.

Almeida (2008), citado por Peres (2014), diz que até há alguns anos, a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas estava quase exclusivamente nas mãos da própria família. Mas alterações demográficas e sociais, de que são exemplo a diminuição do agregado familiar, a entrada das mulheres no mundo do trabalho, o aumento da competição e do consumo, levaram a que algumas

famílias começassem a transferir essa responsabilidade para o estado ou para as instituições privadas.

Existem sete principais respostas no apoio social formal à pessoa idosa que têm como objetivo promover a sua autonomia, integração social e saúde. São elas o serviço de apoio domiciliário que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a pessoas e famílias quando por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação ou as necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária; o Centro de Dia que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar, este serviço ajuda a prevenir situações de dependência e ajuda a promover a autonomia da pessoa idosa; o Centro de Convívio consiste no apoio a atividades socio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade, este visa essencialmente prevenir a solidão e isolamento, incentivar a participação e inclusão da pessoa idosa na vida social local e ainda para retardar ou prevenir o internamento em instituições; o Acolhimento Familiar onde as pessoas são acolhidas em situação de dependência ou de perda de autonomia, que vivem isoladas, sem apoio social e sem retaguarda familiar e/ou em situação de insegurança, ao idoso é assim garantido um ambiente social, familiar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade; as Estruturas Residenciais proporcionam serviços permanentes e adequados às necessidades biopsicossociais das pessoas idosas; e o Centro de Férias e Lazer é uma resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família, para satisfação de necessidades de lazer, quebra de rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social (Veríssimo, 2014).

A institucionalização tem vindo cada vez a ser um dos meios mais procurados pelos familiares dos idosos. Esta situação é devida, a nem sempre terem tempo para cuidar do familiar idoso. A institucionalização surge então como meio de solução. Nesta situação o idoso tem que modificar o seu estio de vida para residir numa instituição. O processo de institucionalização leva sempre a várias perdas por parte dos idosos como perda da sua autonomia e uma rutura completa ou quase completa com os seus modos de vida, inclusive o seu próprio lar.

Segundo o Diário da República (1998) define Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) “Estabelecimento que desenvolve atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária e permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes”.

Ao longo da vida do idoso a família constitui o mais importante papel e uma importância fundamental, isto no sentido de ajudar o idoso a viver melhor com carinho, apoio e mais importante com grande suporte. Também assume o papel de mediador no processo de admissão do idoso ao lar, onde todas as informações lhes são transmitidas, mas muitas vezes as próprias famílias levam a desvalorização do próprio idoso ignorando a vontade, gostos e preferências.

Cardão (2009), citado por Lourenço, (2014, p. 25), define processo de institucionalização como “um duplo processo. Por um lado, como recurso a serviços sociais de internamento de idosos em lares, casas de repouso e afins, onde recebe assistência. Por outro, como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional”.

Sousa (2006), apresenta-nos três fatores que marcam a integração do idoso na instituição. Primeiro as razões que levam os idosos à institucionalização, se tiver sido por vontade própria ou num estado passivo de demência. O segundo fator é a opinião do próprio idoso em relação à instituição, isto é, se é bom, se corresponde às expectativas e aos desejos; o terceiro fator é o da continuidade alcançada após a mudança para o lar, ou seja, se a instituição garante e oferece os princípios e os valores como a dignidade, a autonomia, a privacidade, o direito da escolha e a independência.

O processo de institucionalização leva o idoso a um estado de sentimento de perda que afeta a sua personalidade. A perda da sua intimidade, da privacidade, da autonomia, da responsabilidade de decisões pessoais, de estimulação intelectual e da privação espiritual que levam a uma perda de segurança e de valores pessoais (Lourenço, 2014).

Este processo de institucionalização da pessoa idosa é sem dúvida um fator de *stress* que propicia inúmeras alterações a nível psicossocial, ainda que o ambiente institucional tente oferecer uma base segura e procure adaptar-se às necessidades físicas e emocionais das pessoas idosas, deixando margem para que esta possa manifestar a sua própria personalidade (Neves, 2012).

As instituições hoje são uma garantia de prestação de cuidados à vida para muitos idosos e contribuem para o seu bem-estar. Estas instituições devem proporcionar aos idosos uma participação ativa como em atividades estimulantes, estas devem ser todos os dias diferentes umas das outras para que o idoso se sinta contente, ativo, e sobretudo útil, não se torna suficiente manter o idoso limpo, alimentado e fornecer-lhe um quarto onde possa repousar.

Segundo Pimentel (2001), citado por Lourenço (2014, p. 28), “A maior ou menor facilidade de integração e aceitação da realidade institucional depende, em grande medida, do tipo de normas que regulam o funcionamento da instituição e do grau de abertura que esta tem em relação ao espaço exterior”.

Algumas pessoas idosas conseguem adaptar-se à sua nova condição física e psicológica, independentemente das suas limitações. No entanto, existem outros em que a situação é inversa e as suas alterações físicas e psicológicas são de tal ordem que necessitam de recorrer ao internamento em equipamentos sociais. Esta transição para os equipamentos sociais significa para muitos a rutura com os familiares, amigos e com todos aqueles com que se identificam, bem como a crescente preocupação com a qualidade de vida nesta população. Desta forma, o Estado no que concerne às respostas de âmbito social tem procurado manter a qualidade de vida da pessoa idosa, na medida em que permite que esta população integre um equipamento social acolhedor próximo da sua residência (Rocha, 2013).

A adaptação do idoso ao lar deve ser completa desde a apresentação do idoso a todos os outros utentes e trabalhadores com visita a todas as instalações da instituição. A apresentação do seu novo quarto com acompanhamento completo ao longo dos primeiros dias; preservação de objetos do passado, assume um papel de conforto, independência, liberdade e de manutenção da sua identidade. Uma adaptação bem-sucedida à institucionalização dependerá não só da sua personalidade e da forma como foi envelhecendo, como também de fatores ambientais privilegiados pela cultura e rede institucional. Cabe à instituição acolhedora do idoso criar meios facilitadores para a sua integração, não atendendo unicamente ao seu valor social, mas sim a um conjunto de fatores. Deve ser prestado um acolhimento e encaminhamento personalizados, que passam por uma informação adequada sobre o funcionamento da instituição, os seus direitos e deveres e, ainda, por uma disponibilidade para ajudar a solucionar os seus problemas. A instituição não deve dar primazia só às necessidades fisiológicas, como alimentação, vestuário, alojamento, cuidados de saúde e higiene, mas também atendendo à especificidade, experiência, vivência de cada indivíduo idoso (Lourenço, 2014).

Hall (1997) citado por Amaro, (2013, p. 39) apresenta-nos um ponto muito importante sobre a institucionalização esta “poder induzir à perda de autonomia, independência, autoestima que equivalem a uma admissão pública de incapacidade de dominar, sozinho, circunstâncias físicas, emocionais e económicas adversas. Deste mesmo modo, diminui a qualidade de vida associada à ausência de privacidade, ao regime, à infantilização, à falta de interação com significado, à perda de contacto com o mundo exterior e ao impersonalismo”.

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2011) citado por Veríssimo (2014, p. 391) os contextos da integração da pessoa idosa na estrutura residencial são: “O contexto preferencial, ou seja, é a própria pessoa que exerce o direito de decisão, na sequência de alguma alteração no seu contexto de vida; estratégica, em que a pessoa idosa planeou ao longo da vida esta solução; relutante, quando a pessoa idosa resiste ou discorda e é forçado pela família ou pelos profissionais; e passiva, em que as decisões de outros sobre o nível e tipo de cuidado requerido pela pessoa idosa são aceites ou seguidos sem questões”.

Para Gineste e Pellissier (2008) citado por Lourenço (2014, pp. 29-30) os princípios essenciais que a instituição deve respeitar para assumir a integridade, respeito pelos valores do idoso são:

- “As características, as necessidades e as expectativas, dos residentes constituem o fundamento de toda a decisão em matéria de organização, de intervenção e adaptação;
- O estabelecimento deve favorecer a manutenção e o reforço das capacidades das pessoas acolhidas, bem como o seu desenvolvimento pessoal, tendo ao mesmo tempo em conta a sua vontade pessoal;
- A qualidade das práticas passa, antes de mais, pela preocupação constante com a qualidade de vida;
- O estabelecimento deve favorecer, apoiar a manutenção da interação da pessoa com a sua família e os seus próximos e favorecer o seu entendimento na tomada de decisão;

- A pessoa acolhida tem direito a um meio de vida de qualidade, onde lhe sejam proporcionados cuidados e serviços de qualidade;
- Toda a pessoa acolhida em instituição tem direito a um meio de vida que respeite a sua identidade, a sua dignidade e a sua intimidade, que assegure a sua segurança e o seu conforto, que lhe permita dar sentido à vida e exercer a sua capacidade de autodeterminação”.

Compete aos serviços/instituições selecionar os mais adequados em função dos objetivos, das necessidades dos idosos, das competências dos profissionais de saúde e do seu interesse clínico (Sequeira, 2010).

O idoso institucionalizado perde a sua independência ou parte dela, designadamente a realização de algumas das suas vontades, a perda da sua privacidade uma vez que todos os espaços da instituição são partilhados com outros utentes, nomeadamente pessoas que nunca fizeram parte da vida de cada um dos idosos. Isto pode criar no idoso uma revolta, medo, tristeza, ansiedade, podendo levá-lo a ser conflituoso e agressivo com os outros utentes da instituição mesmo com os próprios trabalhadores da instituição. Um ponto relevante que leva o idoso a esse estado é a perda da intimidade, ou seja, partilha do seu velho corpo. De realçar que o próprio idoso tem um papel muito importante relativamente à sua intimidade, ou seja, a aceitação o ‘seu velho corpo’.

Num outro estudo realizado por Neves (2012), as causas mais importantes da institucionalização foram a dependência nas AVD e a sintomatologia de depressão, levando a que os idosos perdessem a sua independência no domicílio e necessitassem de cuidados específicos, aos quais a rede de cuidados informal não dava resposta.

A falta de privacidade, o tratamento uniformizado para todos, a presença de rotinas, a perda da responsabilidade das próprias decisões e ações levam assim à baixa autoestima, falta de interesse por si e pelos outros podendo levar ao descontentamento e ao mau estar do idoso.

A autonomia, o ingresso no lar por vontade própria, o acolhimento, o contacto com a família, o relacionamento com os colaboradores da instituição assim como as atividades que desenvolvem, contribuem para aumentar o sentimento de utilidade sendo estes fatores condições fundamentais para o bem-estar dos idosos. É fundamental que as instituições e as famílias cooperem entre si e tenham a capacidade de ajudar os idosos, a ultrapassar obstáculos, de forma a estimular a sua autonomia, sendo que um aspeto relevante é proporcionar atividades idênticas às das profissões exercidas pelos idosos. Desta forma a instituição deve garantir uma reconstrução bem conseguida da identidade do idoso, uma vez que é um processo aberto a trocas e interações que se constroem e reconstroem ao longo das várias fases de vida (Amaro, 2013).

Vários estudos realizados sobre a institucionalização do idoso dizem-nos que a mudança de ambiente familiar para este ambiente desconhecido, a instituição, tem influências nas alterações psicológicas, cognitivas e funcionais, podendo levar à diminuição da capacidade funcional.

A entrada na instituição leva a alterações na vida dos idosos trazendo com elas a necessidade de novas adaptações. É assim importante perceber que a adaptação do idoso está relacionada com a

forma como o utente é recebido, apresentado e acolhido e pode ser determinante para o processo de adaptação.

1.4 A gestão das Instituições

A gestão da Instituição tem de ser o mais eficiente possível para assim dar aos utentes uma vida própria. É necessário um elemento essencial, a comunicação entre os membros e os utentes para satisfazer e ter em conta as necessidades dos utentes. A direção deve ter uma política que reflita a vontade e as necessidades dos utentes residentes no lar.

Qualquer organização deve conhecer e perceber as necessidades e expetativas de todas as partes interessadas, equilibrando todas as necessidades de forma a satisfazê-las. As respostas sociais são de dois tipos as com fins lucrativos, por entidades em nome individual e sem fins lucrativos, por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

O ciclo de gestão segundo Toscano (2004) integra as seguintes fases: elaboração do plano de atividades para o ano seguinte, de acordo com os objetivos estratégicos, as atribuições orgânicas e os meios financeiros e humanos existentes; definição dos objetivos de cada unidade orgânica a prosseguir no ano seguinte. Definição dos objetivos a atingir por cada trabalhador ou equipa; avaliação dos desempenhos e elaboração do relatório de atividades e a fase da sua execução.

Segundo Blake-knox et al. (2006) as instituições têm valores importantes que nunca devem esquecer:

- A gestão de conflitos: A direção deve certificar-se que a instituição dispõe de procedimentos adequados para que os trabalhadores, utentes e visitantes tenham meios próprios para proceder de maneira mais adequada.
- Seleção, formação e avaliação do pessoal, a seleção do pessoal é uma das portas de entrada na instituição. A instituição deve assegurar a admissão do pessoal tendo em conta o grau de exigência, adotando os métodos profissionais de seleção e assegurando que é feita uma avaliação regular do seu trabalho, é importante a possibilidade de recompensa aos trabalhadores que adiram aos objetivos, iniciativas e lealdade da instituição. No processo de acolhimento deve ter em conta o Manual de Acolhimento que deve incluir a nota de boas vindas, informações sobre a instituição, estratégias, missão, visão, valores entre outros, o organigrama geral, os elementos responsáveis pelos recursos humanos, o manual da qualidade, higiene e segurança no trabalho, o que pode esperar da instituição e deveres dos colaboradores e de outros trabalhadores. A formação dos funcionários deve ser assegurada pela instituição sendo uma formação a todos os níveis de forma a estarem preparadas para todos as circunstâncias. O acolhimento e integração dos trabalhadores deve ser assegurada por todos os trabalhadores que complementam a instituição.
- Condições do edifício e espaço físico: a instituição deve manter sempre as melhores condições. Deve progredir sempre para o máximo conforto dos idosos, um bom acolhimento e um excelente ambiente de trabalho e comunicação. Os quartos dos utentes devem ser

decorados e mobilados de forma a produzir conforto. Os espaços comuns devem oferecer o máximo conforto. Os idosos devem ter acesso a todas as instalações do lar incluindo o exterior. Um dos aspetos a ter em conta por todos os trabalhadores da instituição é manter as instalações agradáveis, de forma acolhedora para os utentes, familiares e amigos.

- Deve ser ainda realizada a gestão e avaliação do desempenho de todos os trabalhadores da instituição, ou seja, verificar a evolução do desempenho dos trabalhadores e a sua contribuição para a mesma. Neste ponto deve ser avaliado se os trabalhadores cumprem.
- Os objetivos da instituição de forma a melhorar a comunicação interna em diversos níveis hierárquicos da instituição.
- Devem ser realizadas duas avaliações, a avaliação informal que pode ser realizada em qualquer altura e a avaliação formal, esta pode ser realizada anualmente, trimestralmente ou mensalmente.

Segundo Martins (2006) citado por Amaro (2013, p. 16): “a segurança social criou uma política social que abrange o apoio social, que apoia a família através de equipamentos denominados por instituições, que são a resposta social que presta cuidados a idosos, quando as famílias não têm condições para poderem cuidar deles”.

Segundo Mota (2016, p.10) “a relação dos cidadãos com o sistema público de segurança social, observando as dificuldades de resolver ou satisfazer as necessidades dos cidadãos, passou a avaliar o papel das organizações como um produtor de respostas alternativas às desse sistema público”.

As respostas sociais apoiadas pela Segurança Social são os Centros de Convívio, os Serviços de Apoio Domiciliário, Lares para pessoas idosas, Centros de Noite e Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas (Amaro, 2013).

Em Portugal constata-se que são os acordos de cooperação entre a Segurança Social e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) que asseguram a maioria da rede formal, distribuída pelas seguintes valências: Centros de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário e Lar de Idosos (Neves, 2012).

Segundo Ferreira (2000) citado por Mota (2016, p. 9): “O estado e o terceiro setor possuem mecanismos de responsabilização diferentes e são responsáveis perante diferentes utentes. O estado possui uma responsabilidade democrática perante os cidadãos e tem que assegurar que sejam todos tratados em condições de igualdade e justiça. As organizações do terceiro setor são responsáveis perante uma diversidade de utentes (utilizadores, comunidades, membros, financiadores) e apesar de permitirem mecanismos de controlo e participação, nem sempre são compatíveis”.

As instituições necessitam cada vez mais de objetivos claros e de uma economia eficiente para alcançarem resultados satisfatórios, sustentados em padrões de qualidade e responsabilidade social, visando a criação de valor.

Os novos tipos de atividades decorrentes dos movimentos económicos e sociais de natureza associativa, que inclui o contexto da economia social, apresentam particularidades muito próximas, diretamente relacionadas com a sua própria estrutura e funcionamento, que não se inserem nos tradicionais setores de emprego, mas sim entre o setor privado com fins lucrativos e o sector público, a que corresponde a designação de Terceiro Setor ou Economia Social. Espera-se destas organizações, para além da rentabilidade económica, uma rentabilidade social que pode ser avaliada em termos de desenvolvimento local da participação dos cidadãos e criação de emprego, ou seja, da melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das populações (Carvalho, 2016).

Para dar resposta ao envelhecimento bem-sucedido em Portugal as universidades seniores surgiram apenas nos finais do século XIX com o objetivo de democratizar por acesso ao conhecimento e à formação cultural, científica e técnica nas diversas áreas do saber e da atividade social (Jacob, et al., 2011).

Para Marques (2010), citado por Moura, Pereira, Monteiro, Pires, e Rodrigues (2015, p.48), a satisfação com a Instituição e os seus serviços assenta na “satisfação dos utentes que é decisiva para a qualidade e eficiência do serviço prestado, sendo necessário o compromisso de todos os colaboradores na implementação de práticas sistemáticas de gestão que conduzem à satisfação, dando particular atenção à melhoria contínua dos processos organizacionais”.

1.5 Satisfação e qualidade de vida dos idosos institucionalizados

1.5.1 Satisfação de vida dos idosos

A satisfação de vida é uma avaliação cognitiva dos domínios específicos, como a saúde, as relações sociais, a autonomia, o trabalho que desempenhou, entre outros. Pode-se dizer que a satisfação de vida é assim uma reflexão sobre o bem-estar individual, uma avaliação subjetiva e global, ou seja, o idoso faz a sua avaliação no determinado momento classificando-a como positiva ou negativa (Cardiga, 2016).

A satisfação na velhice está relacionada a questões de dependência/autonomia, sendo estes resultados da própria idade. Com o aumento significativo da população idosa torna-se fundamental garantir aos idosos a felicidade, o bem-estar e a satisfação de vida.

A satisfação de vida é descrita como um conceito multidimensional e multidirecional, que se altera e varia perante várias condições. Está assim relacionada com a capacidade cognitiva e o bem-estar subjetivo (Mantovani, 2015). Segundo o mesmo autor, o bem-estar de cada idoso corresponde às experiências, dependendo se foram vividas de maneira satisfatória. A satisfação de vida é essencial e marcante na avaliação que o indivíduo constrói da sua biografia. Outros fatores como a integração na comunidade, na instituição, as relações interpessoais, a saúde, a própria realização pessoal e a segurança afetam diretamente na satisfação de vida. O género afeta também a satisfação, os

homens idosos encontram-se mais satisfeitos com a família e a saúde, acrescentam ainda vários estudos que quanto maior o grau de escolaridade maior a satisfação de vida.

O estado psicológico do idoso, pela satisfação com a vida, é um indicador precioso do seu bem-estar. Um estudo realizado por Paúl e Fonseca (2005) diz-nos que os idosos sentem alguma solidão/insatisfação, têm atitudes negativas face ao envelhecimento e estão agitados/ansiosos. A associação da satisfação de vida com outras variáveis explicativas, estes autores verificam que não há variações significativas com o grupo etário, mas há variações com o género, sendo que as mulheres mostram mais insatisfação e agitação. O estado civil dos idosos também parece estar associado à satisfação com a vida, favorecendo os casados. A condição de rural versus urbano parece apenas estar relacionada com as atitudes face ao envelhecimento, mais negativas nos idosos urbanos. A família não parece estar associada à satisfação com a vida e os amigos apenas parecem ter uma associação com o nível de agitação/ansiedade. A autoavaliação de saúde surge associada à satisfação com a vida.

Neste ponto é importante realçar o nível de (in) dependência, ou seja, quando o idoso não possui o controlo das suas atividades diárias torna-se um idoso dependente.

A dependência é para a maior parte dos idosos um estado de revolta e de não-aceitação da sua condição. Nesta situação leva o idoso a precisar de alguém, o que pode não ser muito favorável ao bem-estar psicológico. Esta dependência pode surgir do processo fisiológico do envelhecimento manifestando-se de forma intensa pela presença de doenças contribuindo negativamente para a satisfação com a vida do próprio. Ainda muitos idosos conseguem alcançar a velhice com bons níveis de independência. O sentimento de controlo e a ausência de incapacidades expressam nos idosos um sentimento de satisfação em relação à própria vida.

A instituição para a maior parte dos idosos surge como um ponto de desinteresse ou mesmo como renúncia do próprio. Aqui as instituições também têm um papel fundamental para uma melhor satisfação dos idosos institucionalizados podendo assim melhorar o bem-estar, não só ao nível da prestação de serviços e dos cuidados básicos como também a nível das interações levando a sentir-se útil e satisfeito com a vida. Assim a instituição contínua a preservar a amizade, o apoio, o convívio dos idosos podendo manter uma boa satisfação com a vida.

A satisfação com a vida está relacionada com o envelhecimento bem-sucedido, numa idade mais avançada é pertinente dar continuidade à prática de estratégias que levam os idosos à participação na comunidade para assim lhes proporcionar um envelhecimento satisfatório e com qualidade.

A saúde, a independência, as relações sociais são fatores que influenciam esta variável em estudo (Paúl & Fonseca, 2005).

1.5.2 Qualidade de vida dos idosos

Qualidade de vida toma muitos caminhos diferentes com diversos significados em diferentes áreas e contextos. Todos os seres humanos necessitam de viver com qualidade, neste trabalho qualidade de vida torna um significado muito exato na população idosa.

A introdução do conceito de qualidade de vida, nomeadamente na área da saúde, deveu-se à mudança do modelo de abordagem das questões de saúde, em que se passou de uma ênfase biomédica para uma ênfase mais holística, biopsicossocial (Paúl & Fonseca, 2005).

A OMS (1999) citado por Sequeira (2010, pp. 77-78) define qualidade de vida como: “Uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e dos valores em que as pessoas vivem, e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente”.

Qualidade de vida é considerada um dos objetivos mais importantes para os idosos, mas para isso eles precisam de aprender a lidar e aceitar as transformações que o seu corpo lhe traz.

Fiedler (2008) diz-nos que a ideia do ser humano viver com qualidade encontra-se presente desde a antiguidade. O conceito foi-se acentuando e começa a suscitar interesse na comunidade científica, nomeadamente nas áreas da vida humana como a saúde e a psicologia.

Katschnig (2000) define este conceito como bem-estar psicológico, função emocional e social, estado de saúde e satisfação vital.

Pedro (2001) citado por Rocha (2013, p. 10) define qualidade de vida como “Inerente a variáveis como o bem-estar, satisfação e as expectativas do indivíduo face ao futuro, nos últimos anos a definição de qualidade de vida centra-se também na ausência de doença, no ponto de vista mais individualista”.

Para proceder à avaliação da qualidade de vida da pessoa idosa é pertinente ter em consideração as medidas de natureza material, emocional, social e de saúde (Paúl & Fonseca, 2005). Esta ideia apresentada por estes autores vai ao encontro de Ramos (2001) citado por Rocha (2013, p. 8), onde o autor considera “a qualidade de vida da população idosa depende essencialmente de fatores como: a saúde, capacidade funcional, relações interpessoais, convicção da sua utilidade”.

Para Hortelão (2003) citado por Rocha (2013, p. 9) “a qualidade de vida da pessoa idosa está relacionada à junção entre a ausência de doença, suporte social e o bom funcionamento cognitivo e físico”.

Segundo Teixeira (2010), citado por Correia (2012, p. 24) “A qualidade de vida é associada ao sentimento de bem-estar pessoal, psicológico e social e corresponde a uma opinião subjetiva, visto abranger a opinião dos indivíduos acerca da satisfação com a vida”.

As redes de suporte social estão associadas à qualidade de vida na sua totalidade e também nos seus vários domínios, como as variáveis sociodemográficas, físicas e de contexto (Paúl & Fonseca, 2005).

A qualidade de vida torna-se uma variável na qual é importante a sua avaliação assim segundo Serbim e Figueiredo, (2011) citado por Rodrigues (2019, p. 16) “a avaliação da qualidade de vida no idoso é de realçar a importância da dificuldade da tarefa e a adoção de múltiplos critérios de

natureza biológica, psicológica e sociocultural, vários elementos são considerados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice, a longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, “status” social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos”.

A qualidade de vida depende dos fatores: a autonomia, o convívio com outras pessoas, algum desafio econômico e o realizar de atividades lúdicas e úteis (Jacob, et al., 2011). Segundo o mesmo autor as Universidades de Terceira Idade contribuem para a qualidade de vida em três pontos: melhoram a autonomia da pessoa porque os seniores tem de sair de casa para se deslocarem para as aulas, estas aulas são complementadas com ginástica, natação, hidroginástica, dança, entre outras; convívio entre as pessoas, onde conhecem novas pessoas e estabelecem redes sociais de amizade e colaboração; ainda tem diversas atividades sociais, formativas, culturais, recreativas, de voluntariado, onde os idosos se sentem úteis e satisfeitos.

Os idosos institucionalizados devem assim ter esta qualidade de vida no seu dia-a-dia. Segundo Carvalho e Dias (2011) citado por Marques (2017, p. 28) “esta qualidade de vida depende das relações sociais próximas, tais como amigos, familiares ou vizinhos, para que a pessoa não entre em isolamento social. Os idosos apresentam a necessidade de sentir afeto, pelo que todas as relações dentro da instituição são importantes”.

Segundo o grupo WHOQOL (1994, p.12) “na década de 90, sob a égide da Organização Mundial de Saúde, formou-se mesmo um grupo que assumiu o estudo da Qualidade de Vida, definindo-a como “a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Este instrumento de avaliação da qualidade de vida teve início no ano de 1999, consiste em desenvolver e testar a avaliação da qualidade de vida dos idosos. A qualidade de vida surge como um conceito influenciado pela saúde física, os diversos estados psicológicos, o nível de independência, entre outros aspetos que podem influenciar o estado do idoso.

2. Investigação Empírica

2.1 Objetivo do estudo e Hipóteses de investigação

O presente estudo tem como objetivo analisar a satisfação e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados comparando a formação académica do gestor sendo gerontólogo ou não, e com o tempo de internamento dos idosos nas estruturas residenciais. Pretende-se, assim, relacionar a qualidade de vida e a satisfação de vida dos idosos e a existência de um gerontólogo em cargos de chefia e outras variáveis independentes, como o tempo de permanência nas estruturas residenciais, que promovam e facilitem o planeamento de intervenções.

Segundo Provdanov e Freitas (2013), citados por de Sousa (2018, p.33), a hipótese de investigação é “a relação ente duas ou mais variáveis e não deve estabelecer unicamente uma conexão causal (se A, então B), com probabilidade de haver uma relação entre as mesmas, relação essa que pode ser de dependência, de associação e também de causalidade.”

Para dar resposta ao principal objetivo de estudo e completar o estudo foram fixadas as seguintes hipóteses de investigação (HI):

HI₁: Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões da qualidade de vida dos idosos entre a existência ou não de um gerontólogo em cargos de chefia nas estruturas residenciais;

HI₂: Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões da qualidade de vida dos idosos por tempo de permanência dos idosos nas estruturas residenciais para idosos;

HI₃: Existem diferenças entre a existência ou não de um gerontólogo em cargos de chefia nas estruturas residenciais relativamente ao grau de satisfação dos idosos;

HI₄: Existem diferenças relativamente ao grau de satisfação dos idosos por tempo de permanência dos idosos nas estruturas residenciais para idosos.

A primeira hipótese de investigação é suportada pelo estudo realizado por Sousa (2018) onde refere que para as instituições em que o diretor técnico é um gerontólogo os utentes apresentam valores médios mais altos nas dimensões da qualidade de vida nos participantes das instituições geridas por um gerontólogo.

Para a quarta hipótese de investigação, a mesma é suportada pelo estudo Moura et al. (2015 p.15) onde se conclui que os utentes que se encontram há mais de 5 anos na instituição apresentam índices mais baixos de satisfação.

Um outro estudo realizado por Diogo (2016) concluiu que a maioria dos idosos encontram-se satisfeitos com a sua vida na estrutura residencial onde foi realizado o estudo, existindo contudo aspetos que devem ser melhorados de modo a propiciar uma qualidade de vida e bem-estar cada vez maior.

2.2 Definição da amostra em estudo

Este estudo desenvolveu-se em 10 instituições do distrito de Bragança, nas quais 5 são constituídas por um gestor gerontólogo e as restantes não sem gestor gerontólogo e das quais obtive o consentimento informado para a recolha de dados positivo.

- Instituição A, constituída por 15 utentes;
- Instituição B, com 39 utentes;
- Instituição C, com 45 utentes;
- Instituição D, com 72 utentes;
- Instituição E, com 42 utentes.

As Instituições sem gestor gerontólogo são:

- Instituição F, concelho de Bragança, com 21 utentes;

- Instituição G, concelho de Bragança, com 43 utentes;
- Instituição H concelho de Bragança, com 101 utentes;
- Instituição I, concelho de Miranda do Douro, com 52 utentes;
- Instituição J, concelho de Miranda do Douro, com 53 utentes.

Para o campo de atuação das 10 instituições de acolhimento de idosos do distrito de Bragança, estas integram um total de 483 utentes. A amostra final do presente estudo é de 150 utentes (31,1% do valor total), e integra os utentes que cumpriram os critérios de inclusão (idosos com mais de 65 anos e idosos cognitivamente capazes de responder às questões), e que aceitaram fazer parte da mesma. Utilizou-se um processo de amostragem probabilístico.

2.3 Instrumentos de recolha de dados

Com o intuito de uma visão mais aprofundada do público-alvo para avaliação das variáveis sociodemográficas foram utilizadas as questões que constituem o instrumento e avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF, ao qual foram acrescentadas 4 questões para uma caracterização sociodemográfica mais aprofundada, o mesmo foi utilizado para a avaliação do grau da qualidade de vida. Assim, as variáveis sociodemográficas consideradas, estavam incluídas na escala de Qualidade de Vida, acrescentando apenas 4 questões relacionadas com o internamento na estrutura residencial para idosos e a toma de medicamentos, nomeadamente:

- ✓ Iniciativa do internamento na estrutura residencial para idosos:
 - Iniciativa própria;
 - Iniciativa de amigos;
 - Trazido por familiares;
 - Trazido por técnicos de ação social;
- ✓ Número de medicamentos que toma;
- ✓ Tempo de internamento: <3 ou ≥3 anos;
- ✓ Gosto pela instituição: resposta dicotómica;
- ✓ Regularidade com que o utente é visitado na instituição por mês.

O WHOQOL-BREF, a cotação do WHOQOL-BREF pode ser feita manualmente ou mediante recurso a uma sintaxe para o programa SPSS. Cada pergunta é cotada de 1 a 5, indicando cada um destes valores um descritor das escalas de resposta que compõem o instrumento, ou seja, o inquirido responde numa escala de 1 a 5, demonstrando o nível cinco com maior concordância. Três itens devem ser invertidos (Q3, Q4 e Q26), o que para efeitos de cálculo, implica a subtração do seu valor a seis unidades.

Segundo os autores Canavarro, et al. (2006), este instrumento é uma medida genérica, multidimensional e multicultural, para uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, podendo ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como em indivíduos saudáveis. Acrescentam que esta medida possibilita ainda o cálculo de um indicador global, nomeadamente a faceta geral de qualidade de vida. Os mesmos autores referem que os centros de avaliação da Qualidade de Vida para Portugal, de acordo com a OMS, optaram por transformar os resultados numa escala de 0 a 100. O cálculo dos domínios faz-se recorrendo à seguinte fórmula geral:

$$\text{Resultado do Domínio} = \frac{\text{Somatório de todos os itens} - \text{Número de itens}}{4 \times \text{Número de itens}} \times 100 \quad [1]$$

O *Domínio Físico* é composto por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Domínio Físico} = \frac{[(6 - Q3) + (6 - Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18] - 7}{28} \times 100 \quad [2]$$

O *Domínio Psicológico* é composto por 6 itens (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Domínio Psicológico} = \frac{[(Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26)) - 6]}{24} \times 100 \quad [3]$$

O *Domínio das Relações Sociais* é composto por 3 itens (Q20, Q21, Q22); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Domínio das Relações Sociais} = \frac{[(Q20 + Q21 + Q22)] - 3}{12} \times 100 \quad [4]$$

O *Domínio Ambiente* é composto por 8 itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25); o cálculo deste domínio faz-se de acordo com a fórmula seguinte:

$$\text{Domínio Ambiente} = \frac{[Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25] - 8}{32} \times 100 \quad [5]$$

A *Faceta geral* é composta por 2 itens (Q1, Q2): o cálculo desta faceta faz-se de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Faceta Geral} = \frac{[(Q1) + (Q2)] - 1}{8} \times 100 \quad [6]$$

Naturalmente, que o cálculo dos domínios pode ser feito simplesmente somando todas os itens (facetas) que dele fazem parte e dividindo pelo total de itens. Este processo dará um resultado na mesma escala que a escala de respostas (de 1 a 5). Esta pontuação foi posteriormente transformada numa escala de 0-100, para uma leitura mais generalizada e para a possibilidade de comparação com outros estudos.

Relativamente à **Escala de Avaliação da Satisfação dos Clientes de Estruturas Residenciais para Idosos (EASCERI)** – a primeira dimensão da escala abrange itens relacionados com o papel

da organização, a segunda dimensão, consiste na interação dos utentes com os cuidadores, está de acordo com o Modelo de Qualidade do Serviço refletindo relações pessoais entre os utentes e funcionários. A terceira dimensão está relacionada com fatores estruturais e ambientais são considerados fatores cruciais na prestação de cuidados de alta qualidade dos utentes institucionalizados, a quarta dimensão permite avaliar a diversidade e adequação das atividades ocupacionais. Quinta dimensão avalia a forma como os interesses e os desejos pessoais dos utentes e o envolvimento no processo de tomada de decisão sobre as suas rotinas diárias e atividades ocupacionais (Pereira, Teixeira, Falcão, Rodrigues, & Pimentel, 2019). Para este instrumento adaptou-se a escala de mensuração de cada item, utilizando-se uma escala tipo *Likert* de 5 pontos.

Cabe, ainda, referir que para o presente estudo optou-se por aplicar os inquéritos por questionário, para a recolha dos dados entre os meses de janeiro e março do ano de 2020.

2.4 Tratamento de dados

O tratamento estatístico dos dados do estudo desenvolvido foi realizado com recurso ao programa informático *SPSS for Windows*, versão 25.0. Inicialmente, com objetivo de descrever e caracterizar a amostra em estudo, realizou-se uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo, com recurso à produção de tabelas de frequências (absolutas e relativas) para variáveis qualitativas medidas na escala nominal; e, para as variáveis de natureza quantitativa e qualitativa ordinais (medidas na escala tipo *Likert* de 5 pontos) recorreu-se à produção de medidas estatísticas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão).

Para dar resposta às hipóteses de investigação propostas, recorreu-se à aplicação dos testes paramétricos sempre que possível, uma vez que é necessário verificar previamente os pressupostos. Assim, para comparação dos valores médios de duas amostras independentes o teste paramétrico indicado é o teste *t-Student*. De acordo com Marôco (2018), para se proceder à aplicação deste teste é necessário verificar os pressupostos, que são, para duas amostras independentes, existe a necessidade da dimensão de cada amostra independente, ser superior ou igual a 30 elementos e verificar se a distribuição da média amostral segue a normalidade, recorrendo-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* (caso $n \geq 30$), assim como verificar se as variâncias são homogéneas para amostras independentes, utilizando o teste *Levene*. Para a tomada de decisão sobre a validação ou não das hipóteses de investigação assumiu-se um nível de significância de 5%. De salientar que se assume também que caso pelo menos dois fatores ou duas dimensões, nas escalas, que registem diferenças estatisticamente significativas, considera-se que a hipótese fica validada parcialmente.

3. Apresentação dos resultados

3.1 Caracterização sociodemográfica

Foram inquiridos 150 utentes de 10 instituições, sendo que cinco instituições tinham como diretor técnico um gerontólogo e outras cinco não tinham 50% (75). Dos 150 utentes 53,3% (80) são do sexo feminino, 44,7% (67) têm pelo menos 85 anos e 11,3% (17) tinham idade inferior a 70 anos. A maioria, 58,7% (88) eram viúvos, sendo que 22,7% (34) estavam casados ou em união de facto, 78% (117) tinham filhos, sendo o valor médio de 3,625 filhos com desvio padrão de 1,678. Relativamente às habilitações literárias 34,7% (52) não sabiam ler nem escrever, 38 % (57) tinham concluído o 1º ciclo e 14,0% (21) tinham terminado o 2.º ciclo do ensino básico. Quanto à profissão (Tabela no anexo E) verificou-se que 33,3% (50) exerciam a profissão de agricultores e 18,0% (27) domésticas. Esta informação pode ser observada na Tabela 3.

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica.

	Variáveis	n	%
Sexo	Masculino	70	46,7
	Feminino	80	53,3
	Total	150	100,0
Faixa etária (anos)	65 – 69	17	11,3
	70 – 79	42	28,0
	80 – 84	24	16,0
	Pelo menos 85	67	44,7
	Total	150	100,0
Estado civil	Solteiro	23	15,3
	Casado/União de facto	34	22,7
	Divorciado/Separado	5	3,3
	Viúvo	88	58,7
	Total	150	100,0
Tem filhos	Sim	117	78,0
	Não	33	22,0
	Total	150	100,0
Número de filhos: mínimo - 1; máximo - 9; média – 3 filhos; desvio padrão – 1,678			
Habilitações Literárias	Não sabe ler nem escrever	52	34,7
	Sabe ler e escrever	1	0,7
	1.º Ciclo	57	38,0
	2.º Ciclo	21	14,0
	3.º Ciclo	2	1,3
	Secundário	12	8,0
	Licenciatura	5	3,3
	Total	150	100,0

3.2 Caracterização da auto percepção de bem-estar

Os idosos em estudo foram questionados quanto à sua percepção de bem-estar. Os resultados apresentam-se na Tabela 4. Observa-se que a maioria, 58,0% (87), classifica a sua situação económica como nem boa nem má e 36,7% (55) como boa. Quanto ao estado de saúde 50% (75) dos utentes categorizou-o como nem bom nem mau e 42,0% (63) como bom. Os inquiridos têm essencialmente como hábito de vida ver televisão, ler, passear, fazer na renda, jogar às cartas e ao dominó. Quanto ao estado de solidão é na maioria dos casos uma ocorrência rara 42,7% (64) e inexistente 36,0% (54).

Tabela 4: Caracterização da auto percepção de bem-estar.

Variáveis		n	%
Como classifica a sua situação económica	Má	8	5,3
	Nem boa nem má	87	58,0
	Boa	55	36,7
	Total	150	100,0
Como classifica o seu estado de saúde	Muito má	2	1,3
	Má	9	6,0
	Nem boa nem má	75	50,0
	Boa	63	42,0
	Muito boa	1	0,7
Total	150	100,0	
Hábitos de vida	Ver TV e/ou ler	56	37,3
	Passear e ver TV	36	24,0
	Fazer renda, croché, jogar e ver TV	42	28,0
	Ajudar os outros	2	1,3
	Não responderam	14	9,3
Total	150	100,0	
Toma medicação	Sim	123	82,0
	Não	27	18,0
	Total	150	100,0
Com que frequência se sente só	Sempre	2	1,3
	Muitas vezes	2	1,3
	Algumas vezes	28	18,7
	Raramente	64	42,7
	Nunca	54	36,0
Total	150	100,0	

3.3 Caracterização do internamento

Na caracterização do internamento, Tabela 5, observa-se que 80,0% (120) dos idosos foram institucionalizados por iniciativa de familiares, sendo que 17,3% (26) o fizeram por iniciativa própria. Todos os idosos gostam da instituição onde estão internados. Em média, estão na instituição há cerca de 3,141 anos com desvio padrão de 1,612 anos. Recebem por mês, em média 8,416 visitas com desvio padrão de 5,901 visitas.

Tabela 5: Caracterização do internamento.

	Variáveis	n	%
A iniciativa do internamento foi:	Própria	26	17,3
	Trazido por amigos	1	0,7
	Trazido por familiares	120	80,0
	Trazido por técnicos de ação social	3	2,0
	Total	150	100,0
Gosta da instituição	Sim	150	100,0
	Não	0	0,0
	Total	150	100,0
Tempo de internamento (anos): mínimo -1; máximo -12; média - 3,141; desvio padrão - 1,612			
Número de visitas por mês: mínimo - 0; máximo - 30; média - 8,416; desvio padrão - 5,901			

Na Tabela 6 apresentam-se as frequências relativas (%) das respostas obtidas a cada um dos itens da escala de avaliação de satisfação dos clientes de estruturas residenciais para idosos. Observa-se que em todos os itens das dimensões: capacidade de resposta da instituição, fatores ambientais e estruturais, empatia dos colaboradores, atividades ocupacionais e informação e participação nas decisões os idosos estavam maioritariamente satisfeitos ou muito satisfeitos. Relativamente à dimensão capacidade de resposta da instituição observa-se que nos itens: “Com a forma como a organização o ajuda nas suas atividades pessoais fora da instituição” e “Com a forma como a organização o ajuda nos seus encontros pessoais com pessoas exteriores à instituição” obtiveram-se os valores médios mais elevados: $4,58 \pm 0,512$ e $4,58 \pm 0,496$, respetivamente. Na dimensão fatores ambientais e estruturais os itens que obtiveram os valores médios mais elevados foram: “Possibilidade de adequar o seu quarto ao seu gosto pessoal” e “Possibilidade de adequar o seu quarto ao seu gosto pessoal”; $4,56 \pm 0,516$ e $4,56 \pm 0,499$, respetivamente. Na empatia com os colaboradores os valores médios obtidos nos dois itens são relativamente próximos e superiores a 4,5 pontos. Nas atividades ocupacionais também se observam valores médios muito próximos entre os dois itens que constituem esta dimensão e próximos de 4,40 pontos. De referir que nos itens da informação e participação nas decisões cerca de 43% dos idosos afirmou “não sabe” responder às questões.

Tabela 6: Resultados da escala de satisfação dos clientes de estruturas residenciais para idosos (%).

Item	MI n(%)	I n(%)	NS/NI n(%)	S n(%)	MS n(%)	NS n(%)	NSA n(%)	$\bar{X} \pm s$
CAPACIDADE DE RESPOSTA DA INSTITUIÇÃO:								
Com a forma como a organização assegura a sua privacidade.	-	-	2 (1,3)	64 (42,7)	83 (55,3)	1 (0,7)	-	$4,54 \pm 0,526$
Com a forma como a organização assegura os cuidados de saúde que necessita.	-	-	4 (2,7)	72 (48,0)	67 (44,7)	-	7 (4,7)	$4,44 \pm 0,552$
Com a forma como a organização assegura os cuidados de higiene e imagem que necessita.	-	-	2 (1,3)	54 (36,0)	64 (42,7)	1 (0,7)	29 (19,3)	$4,52 \pm 0,534$
Com a forma como a organização o ajuda nas suas atividades dentro da instituição.	-	-	4 (2,7)	64 (42,7)	79 (52,7)	1 (0,7)	2 (1,3)	$4,51 \pm 0,554$
Com a forma como a organização o ajuda nas suas atividades pessoais fora da instituição.	-	-	1 (0,7)	51 (34,0)	74 (49,3)	2 (1,3)	22 (14,7)	$4,58 \pm 0,512$
Com a forma como a organização o ajuda nos seus encontros pessoais com pessoas exteriores à instituição.	-	-	-	48 (32,0)	66 (44,0)	6 (4,0)	30 (20,0)	$4,58 \pm 0,496$
Com a forma como a organização assegura a qualidade das refeições	-	-	1 (0,7)	74 (43,3)	80 (53,3)	1 (0,7)	4 (2,7)	$4,54 \pm 0,514$
FATORES AMBIENTAIS E ESTRUTURAIS:								
Qualidade das instalações.	-	-	-	74 (49,3)	74 (49,3)	2 (1,3)	-	$4,50 \pm 0,502$
Adequação das instalações.	-	-	-	75 (50,0)	74 (49,3)	1 (0,7)	-	$4,50 \pm 0,502$
Asseio das instalações	-	-	1 (0,7)	64 (42,7)	83 (55,3)	2 (1,3)	-	$4,55 \pm 0,512$

Tabela 6: Resultados da escala de satisfação dos clientes de estruturas residenciais para idosos (%) (Cont.).

Item	MI n(%)	I n(%)	NS/NI n(%)	S n(%)	MS n(%)	NS n(%)	NSA n(%)	$\bar{X} \pm s$
Possibilidade de adequar o seu quarto ao seu gosto pessoal.	-	-	1 (0,7)	50 (33,3)	66 (44,0)	1 (0,7)	32 (21,3)	4,56±0,516
Disponibilidade do sistema de transporte face às suas necessidades.	-	-	-	66 (44,0)	77 (51,3)	-	7 (4,7)	4,54±0,500
Adequação do sistema de transporte face às suas necessidades.	-	-	-	62 (41,3)	78 (52,0)	3 (2,0)	7 (4,7)	4,56±0,499
EMPATIA DOS COLABORADORES:								
Competência dos colaboradores sempre que precisa do seu apoio.	-	-	1 (0,7)	65 (43,3)	83 (55,3)	1 (0,7)	-	4,55±0,512
Disponibilidade dos colaboradores sempre que precisa do seu apoio.	-	-	1 (0,7)	61 (40,7)	87 (58,0)	1 (0,7)	-	4,58±0,509
ATIVIDADES OCUPACIONAIS:								
Adequação das atividades ocupacionais ao seu gosto e necessidades.	-	-	12 (8,0)	64 (42,7)	72 (48,0)	2 (1,3)	-	4,41±0,637
Forma como os colaboradores o motivam a participar nas atividades ocupacionais.	-	-	12 (8,0)	65 (43,3)	71 (47,3)	2 (1,3)	-	4,40±0,636
INFORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NAS DECISÕES:								
Participação na elaboração do seu plano individual.	-	-	3 (2,0)	30 (20,0)	52 (34,7)	85 (43,3)	-	4,58±0,564
Informação sobre as regras de funcionamento da instituição.	-	-	3 (2,0)	40 (26,7)	53 (35,3)	54 (36,0)	-	4,52±0,562

Nota: MI – Muito insatisfeito; I – Insatisfeito; NS/NI – Nem satisfeito/Nem insatisfeito; S – Satisfeito; MS – Muito satisfeito; NS – Não sabe; NSA – Não se aplica; n – frequência absoluta; % - frequência relativa; \bar{X} – média; s – desvio padrão.

Atendendo à constituição das dimensões da escala de avaliação de satisfação dos clientes de estruturas residenciais para idosos, Tabela 7, observa-se que a consistência interna é excelente em cada dimensão (*Alpha de Cronbach* superior a 0,900). Os valores mínimos são de pelo menos três pontos e os máximos de cinco pontos em todas as dimensões. O valor médio mais baixo, 4,406 pontos, ocorreu na dimensão atividades ocupacionais e o mais elevado, 4,567 pontos, em empatia com os colaboradores. Quanto à dispersão observa-se que esta é relativamente baixa em todas as dimensões o que permite referir que os valores rondam a média obtida.

Tabela 7: Resultados da escala de satisfação dos clientes de estruturas residenciais para idosos de acordo com as suas dimensões.

Dimensão	Itens	<i>Alpha de Cronbach</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Capacidade de resposta da instituição	7	0,952	3,50	5,00	4,521	0,466
Fatores ambientais e estruturais	6	0,953	4,00	5,00	4,528	0,448
Empatia com os colaboradores	2	0,974	3,00	5,00	4,567	0,504
Atividades ocupacionais	2	0,996	3,00	5,00	4,406	0,635
Informação e participação nas decisões	2	0,991	3,00	5,00	4,516	0,559

Na Tabela 8 apresenta-se a avaliação da qualidade de vida através da escala WHOQOL-BREF, com a análise da referida tabela, com exceção dos itens: 3, 4 e 26, que as respostas obtidas situam-se tendencialmente nos níveis quatro e cinco, o que demonstra satisfação e concordância nos domínios da avaliação.

De acordo com o exposto na descrição da escala WHOQOL-BREF o score de cada domínio resulta da pontuação média obtida que definem a mesma e posteriormente transformado numa pontuação que varia entre 0 e 100 pontos.

Tabela 8: Caraterização dos fatores da escala WHOQOL-BREF (n=150).

Fatores	Alpha de Cronbach	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Faceta Geral	0,861	25,00	100	75,00	16,89
Domínio Físico	0,792	21,43	100	65,40	14,95
Domínio Psicológico	0,820	33,33	100	76,28	14,50
Relações Sociais	0,700	25,00	100	65,50	15,11
Meio Ambiente	0,917	46,88	100	79,06	14,16

Verificou-se, pelos resultados apresentados na Tabela 8, que os idosos em estudo consideram, em média, a sua qualidade de vida de modo geral boa ($75,00 \pm 16,89$). Por outro lado, manifestaram satisfação média ($65,40 \pm 14,95$) no domínio físico e também nas relações sociais ($65,50 \pm 15,11$). No domínio psicológico e no meio ambiente os registos médios obtidos, $76,28 \pm 14,50$ e $79,06 \pm 14,16$, respetivamente, demonstra níveis bons de satisfação. De referir que nos diferentes domínios as questões 3,4 e 26 apresentam os valores médios mais baixos, estes resultados são necessários converter para uma correta avaliação como é pedido pelo instrumento de avaliação. A inversão dos resultados é feita para a determinação dos domínios.

3.4 Validação das hipóteses de investigação

Nesta subsecção apresentam-se os resultados obtidos pela aplicação da inferência estatística de modo a responder aos objetivos e hipóteses do estudo, como referência a significância estatística considerou-se um *p-value* (valor de prova do teste), a media e desvio padrão ($\bar{x} \pm s$).

Realizou-se a comparação entre os resultados da qualidade de vida dos idosos institucionalizados atendendo à existência de chefia por um gerontólogo, Tabela 9, verifica-se que em todos os domínios da escala WHOQOL-BREF os resultados obtidos pelos utentes de instituições com diretor técnico o gerontólogo são melhores que os resultados dos utentes cuja instituição não tem diretor técnico gerontólogo. De referir que em todos os domínios os valores médios estão acima do satisfatório em ambos os grupos, mas no caso dos idosos com chefia de gerontólogo na instituição os valores médios traduzem elevada qualidade de vida, sendo o resultado mais baixo no domínio das relações sociais ($69,33 \pm 12,49$). Pela aplicação do *t-Student* concluiu-se que as diferenças observadas são estatisticamente significativas, sendo que os idosos que pertenciam às instituições com chefia de um gerontólogo na instituição registaram valores para a qualidade de vida mais elevados do que os idosos em que as instituições não são dirigidas por gerontólogos. Com base no

apresentado pode dizer-se que a primeira hipótese de investigação foi confirmada, isto é, existem diferenças nas médias dos valores das dimensões da qualidade de vida dos idosos entre a existência ou não de um gerontólogo em cargos de chefia nas estruturas residenciais.

Tabela 9: Qualidade de vida pela existência de gerontólogo na instituição, por fator.

Fatores	A instituição tem gerontólogo		ET (p-value)
	Sim (n=75)	Não (n=75)	
	$\bar{X} \pm s$	$\bar{X} \pm s$	
Faceta Geral	81,17±14,44	68,86±16,99	4,790 (<0,001)
Domínio Físico	73,24±13,80	57,57±11,62	7,520 (<0,001)
Domínio Psicológico	82,94±12,74	69,61±13,06	6,327 (<0,001)
Domínio das relações sociais	69,33±12,49	61,67±16,55	3,201 (0,002)
Domínio Ambiente	84,04±13,83	74,08±12,73	4,589 (<0,001)

Nota: ET- estatística de teste paramétrico *t-Student* para duas amostras independentes; \bar{X} – média; s – desvio padrão.

Relativamente ao tempo de internamento consideraram-se dois grupos, tempo inferior a três anos e tempo de internamento de pelo menos três anos.

Na Tabela 10 apresentam-se os resultados da comparação da qualidade de vida dos idosos institucionalizados atendendo ao tempo de internamento. Verifica-se que em todos os domínios da escala e para todos os idosos os resultados médios obtidos estão a um nível de pelo menos satisfatório. Contudo, os idosos com tempo inferior de internamento apresentaram resultados ligeiramente mais elevados em todos os domínios do que os idosos com mais tempo de internamento. Pela aplicação do teste *t-Student* concluiu-se que as diferenças observadas são estatisticamente significativas no domínio físico. Assim sendo, pode-se afirmar que os idosos com tempo inferior de institucionalização apresentavam valores significativamente mais elevados no domínio físico da qualidade de vida, nos outros domínios da qualidade de vida é idêntica entre os idosos que estavam há mais tempo institucionalizados ou há menos tempo. Neste sentido, a segunda hipótese de investigação não foi corroborada, ou seja, não existem diferenças nas médias dos valores das dimensões da qualidade de vida dos idosos por tempo de permanência dos idosos nas estruturas residenciais para idosos.

Tabela 10: Qualidade de vida pelo tempo de internamento do idoso na instituição, por fator.

Fatores	Tempo de internamento na instituição		ET (p-value)
	<3 anos (n=63)	≥ 3 anos (n=87)	
	$\bar{X} \pm s$	$\bar{X} \pm s$	
Faceta Geral	75,60±17,16	74,57±16,78	0,366 (0,715)
Domínio Físico	69,50±16,98	62,44±12,57	2,793 (0,006)
Domínio Psicológico	78,57±13,67	74,62±14,92	1,659 (0,099)
Domínio das relações sociais	67,06±14,92	64,37±15,23	1,079 (0,282)
Domínio Ambiente	80,90±14,49	77,73±13,84	1,359 (0,176)

Nota: ET- estatística de teste paramétrico *t-Student* para duas amostras independentes; \bar{X} – média; s – desvio padrão.

Efetuada a comparação entre os resultados da satisfação com a instituição dos idosos atendendo à existência de chefia por um gerontólogo, Tabela 11, verifica-se que em todas as dimensões da

escala de Satisfação os resultados obtidos pelos utentes com diretor gerontólogo na instituição são melhores que os resultados dos utentes que não tem um diretor gerontólogo. De referir que em todos os domínios os valores médios estão acima do satisfatório em ambos os grupos, mas no caso dos idosos com chefia de gerontólogo na instituição os valores médios traduzem elevada satisfação, sendo o resultado mais baixo no domínio informação e participação nas decisões (4,70±0,49). Pela aplicação do teste *t-Student*, para amostras independentes, concluiu-se que as diferenças observadas são estatisticamente significativas, ou seja, nas instituições com chefia gerontológica os idosos estão globalmente mais satisfeitos nas diferentes dimensões da escala EASCERI do que os idosos que não tem gerontólogo como gestor na sua instituição, confirmando a terceira hipótese de investigação. Assim, existem diferenças entre a existência ou não de um gerontólogo em cargos de chefia nas estruturas residenciais relativamente ao grau de satisfação dos idosos.

Tabela 11: Satisfação dos idosos pela existência de gerontólogo na instituição, por dimensão.

Dimensão	A instituição tem gerontólogo		ET (p-valor)
	Sim (n=75)	Não (n=75)	
	$\bar{X} \pm s$	$\bar{X} \pm s$	
Capacidade de resposta	4,78±0,31	4,26±0,45	8,230 (<0,001)
Fatores Ambientais e estruturais	4,77±0,32	4,29±0,43	7,793 (<0,001)
Empatia com colaboradores	4,88±0,32	4,25±0,46	9,712 (<0,001)
Atividades ocupacionais	4,76±0,45	4,05±0,59	8,217 (<0,001)
Informação e participação nas decisões	4,70±0,49	4,22±0,53	4,566 (<0,001)

Nota: ET- estatística de teste paramétrico *t-Student* para duas amostras independentes; \bar{X} – média; s – desvio padrão.

Na Tabela 12 apresentam-se os resultados da comparação da satisfação de vida dos idosos institucionalizados atendendo ao tempo de internamento, verifica-se que em todos os domínios da escala EASCERI os resultados obtidos estão a um nível satisfatório. Em relação ao tempo de internamento inferior a 3 anos apresentam resultados ligeiramente mais elevados do que os idosos com mais tempo de internamento. Observa-se ainda, que se registaram diferenças estatisticamente significativas para as dimensões ‘Fatores Ambientais e estruturais’ e para ‘Atividades ocupacionais’, pelo que se valida parcialmente a quarta hipótese de investigação, isto é, existem diferenças relativamente ao grau de satisfação dos idosos por tempo de permanência dos idosos nas estruturas residenciais para idosos.

Tabela 12: Satisfação dos idosos pelo tempo de internamento do idoso na instituição, por dimensão.

Dimensão	Tempo de internamento na instituição		ET (p-value)
	< 3 anos (n=63)	≥ 3 anos (n=87)	
	$\bar{X} \pm s$	$\bar{X} \pm s$	
Capacidade de resposta	4,59±0,45	4,47±0,47	1,631 (0,105)
Fatores Ambientais e estruturais	4,64±0,42	4,44±0,45	2,716 (0,007)
Empatia com colaboradores	4,66±0,47	4,50±0,52	1,921 (0,057)
Atividades ocupacionais	4,53±0,53	4,32±0,69	2,158 (0,033)
Informação e participação nas decisões	4,60±0,49	4,44±0,61	1,429 (0,156)

Nota: ET- estatística de teste paramétrico *t-Student* para duas amostras independentes; \bar{X} – média; s – desvio padrão.

Seguidamente apresenta-se a tabela resumo com o resultado final para cada hipótese de investigação levantada.

Tabela 13: Resumo com o resultado final para cada hipótese de investigação.

Hipóteses de investigação (HI)	Resultado final
HI ₁ : Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões da qualidade de vida dos idosos entre a existência ou não de um gerontólogo em cargos de chefia nas estruturas residenciais.	Corroborada
HI ₂ : Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões da qualidade de vida dos idosos por tempo de permanência dos idosos nas estruturas residenciais para idosos.	Não Corroborada
HI ₃ : Existem diferenças entre a existência ou não de um gerontólogo em cargos de chefia nas estruturas residenciais relativamente ao grau de satisfação dos idosos.	Corroborada
HI ₄ : Existem diferenças relativamente ao grau de satisfação dos idosos por tempo de permanência dos idosos nas estruturas residenciais para idosos.	Corroborada parcialmente

4. Discussão dos Resultados

Este estudo tem um total de 483 utentes de 10 instituições, 150 foram inquiridos, 50% acompanhados por uma instituição gerida por um gerontólogo e 50% não.

Nos dados sociodemográficos para a caracterização da amostra, há uma diferença significativa no que se refere ao sexo, sendo 53,3% (80) do sexo feminino e 46,7% do sexo masculino, a faixa etária predominante é ≥ 85 anos ($n=67$; 44,7%). O fenómeno do envelhecimento é mais forte entre as mulheres refletindo a sua maior longevidade (INE, 2018).

Quanto à distribuição dos idosos por estado civil, verificou-se que a maioria da amostra é constituída por viúvos ($n=88$; 58,7%), casado/união de facto ($n=34$; 22,7%), solteiro ($n=23$; 15,3%) e divorciado/separado ($n=5$; 3,3%). A viuvez afeta sobretudo as mulheres devido à sobremortalidade masculina (INE, 2018).

Relativamente às habilitações literárias verificou-se que 34,7% (52) utentes não sabem ler nem escrever, 0,7% (1) sabe ler e escrever, 38%, (57) tinham concluído o primeiro ciclo, com o segundo ciclo são 14%, (21 utentes), 1,3%, (2) tinham concluído o terceiro ciclo, com conclusão do

secundário são 8% ou seja 12 utentes e 3,3%, (5 utentes) com estudos universitários. Segundo Machado (2003), citado por (Rodrigues, 2011, p. 24), “refere que a sociedade portuguesa apresenta elevados níveis de alfabetismo”.

A maioria 58,0% (87) classificam a sua situação económica como nem boa nem má, também 50% (75) classificaram o seu estado de saúde como nem boa nem má e 42% (63) como boa.

Na variável hábitos de vida, os inquiridos possuem essencialmente como hábito, ver televisão, ler, passear, fazer renda, jogar as cartas e ao dominó.

A variável internamento é classificada com 80% (120) dos inquiridos por iniciativa de familiares, sendo que 17,3% (26) o fizeram por iniciativa própria. Todos os inquiridos gostam da instituição onde estão institucionalizados. Permanecem na instituição há cerca de 3,141 anos com um desvio padrão de 1,612 anos.

O estudo realizado por Rodrigues, (2011, p. 49) diz “o motivo que leva ao internamento é, sobretudo a preferência em residir num lar, apesar de no meio exterior terem familiares, quanto à iniciativa de internamento é sobretudo manifestada por vontade própria”.

Quanto às visitas de amigos e familiares que recebem por mês, em média de 8,416 visitas com um desvio padrão de 5,901 visitas.

Quanto à escala de avaliação de satisfação dos clientes de estruturas residenciais para idosos, constatou-se que em todas as dimensões: capacidade de resposta da instituição, fatores ambientais e estruturais, empatia dos colaboradores, atividades ocupacionais e informação e participação nas decisões os idosos estavam maioritariamente satisfeitos ou muito satisfeitos de realçar que nos itens da informação e participação nas decisões cerca de 40% dos idosos afirmou “não saber” responder às questões. Ainda a consistência interna é excelente em cada dimensão com um *Alpha de Cronbach* superior a 0,9.

Com a observação das respostas obtidas com a exceção dos itens: 3, 4 e 26, as respostas estão tendencialmente nos níveis quatro e cinco, o que demonstra satisfação e concordância nos pontos em avaliação. De destaque com os valores médios mais elevados os itens do domínio físico. Os itens 3, 4 e 26 apresentam os valores médios mais baixos, sendo estes itens os que necessitam de ser invertidos.

Um estudo realizado por Rodrigues (2011, p. 59), observa-se que 54,8% dos idosos institucionalizados são pessoas muito satisfeitas com a vida, seguidos de 40,3% pouco satisfeitos e 4,8% moderadamente satisfeitos. Segundo o mesmo autor a satisfação de vida depende de múltiplos fatores e que as questões do envelhecimento são na realidade de carácter individualizado, acrescenta que a satisfação de vida esta relacionada com o envelhecimento bem-sucedido.

Dos fatores da escala de WHOQOL-BREF os inquiridos consideram em média, a sua qualidade de vida de um modo geral boa (75,00 ±16,89); por outro lado com satisfação média (65,40±14,95), no domínio físico e nas relações sociais (65,50±15,11). No domínio psicológico e no meio ambiente os registos médios obtidos, 76,28±14,50 e 79,06±14,16, respetivamente, demonstram níveis bons de

satisfação. Em todos os domínios presentes na escala WHOQOL-BREF os resultados obtidos pelos utentes que tinham como chefia um gerontólogo na instituição são melhores que os resultados dos utentes que não apresentam como chefia um gerontólogo. De relevância que em todos os domínios os valores médios estão acima do satisfatório em ambos os dois grupos mas no caso das instituições com chefia de gerontólogo os valores médios traduzem valores elevados, com um valor mais baixo no domínio das relações sociais com $69,33 \pm 12,49$. Com a aplicação do teste *t-Student* para amostras independentes conclui-se, assim, que as diferenças observadas são estatisticamente significativas para os que apresentam valores mais elevados nos diferentes domínios da qualidade de vida avaliados pela escala WHOQOL-BREF em relação aos idosos as instituições que não possuem o gestor gerontólogo.

Um estudo realizado por Gonçalves (2015) conclui que os idosos institucionalizados apresentam a sua qualidade de vida como boa em todos os domínios da escala.

Quanto ao tempo de internamento foram considerados dois grupos, tempo inferior a três anos e pelo menos três anos. Pode afirmar-se que os idosos com tempo inferior a três anos de institucionalização encontram-se mais satisfeitos no domínio físico da qualidade de vida, nos outros domínios a satisfação é idêntica entre os dois grupos.

Pela aplicação do teste *t-student* para amostras independentes conclui-se que as diferenças observadas são estatisticamente significativas, ou seja, as instituições com chefia por um gerontólogo estão significativamente mais satisfeitos nos diferentes domínios da escala EASCER do que as instituições que não são dirigidas por um gerontólogo.

Néri (1993), citado em Gonçalves (2015), frisa que, quanto mais ativo é o idoso, maior é a sua satisfação de vida e consequentemente melhor é a sua qualidade de vida. O gerontólogo é o profissional de saúde, nas estruturas residências, responsável por manter o idoso mais ativo, tornando-o autónomo e independente na realização das suas AVD.

Um estudo realizado por Rodrigues (2012), diz que a atuação de um gerontólogo se centra em garantir que a velhice e o processo de envelhecimento sejam processos orientados e bem assistidos para que o aumento da expectativa de vida seja acompanhado por ganhos na qualidade de vida, satisfação e bem-estar a todos os níveis.

Assim como resposta às hipóteses de investigação:

HI₁: Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões da qualidade de vida dos idosos entre a existência ou não de um gerontólogo em cargos de chefia nas estruturas residenciais. Concluiu-se neste estudo que os idosos em instituições com gestor gerontólogo estão estatisticamente mais satisfeitos em todos os domínios da qualidade de vida avaliados dos que os idosos em instituições sem gestor gerontólogo. A resposta a esta hipótese de investigação veio afirmar o estudo realizado por Sousa (2018), onde o mesmo refere que os utentes apresentam valores médios em todos os domínios da qualidade de vida para as instituições em que o diretor técnico é gerontólogo.

HI₂: Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões da qualidade de vida dos idosos por tempo de permanência dos idosos nas estruturas residenciais para idosos.

Concluiu-se neste estudo que os resultados apresentados pelos idosos para a qualidade de vida eram idênticos independentemente do tempo de institucionalização (inferior a três anos ou de pelo menos três anos), com exceção do domínio físico que obteve resultados significativamente melhores nos idosos com menos tempo de permanência nas estruturas residenciais.

HI₃: Existem diferenças entre a existência ou não de um gerontólogo em cargos de chefia nas estruturas residenciais relativamente ao grau de satisfação dos idosos.

Concluiu-se neste estudo que os idosos em instituições onde existe gerontólogo encontram-se mais satisfeitos em todos os domínios da satisfação dos que os idosos em instituições sem gerontólogo.

HI₄: Existem diferenças relativamente ao grau de satisfação dos idosos por tempo de permanência dos idosos nas estruturas residenciais para idosos.

Concluiu-se, no presente estudo, que os resultados apresentados pelos idosos para a satisfação com a instituição são estatisticamente idênticos independentemente do tempo de institucionalização (inferior a três anos ou de pelo menos três anos), com exceção dos domínios: fatores ambientais e estruturais e atividades ocupacionais em que se obteve resultados significativamente melhores nos idosos com menos tempo de permanência nas estruturas residenciais, no estudo que suportou esta hipótese de Moura et al. (2015), concluiu que os idosos com mais de 5 anos na instituição apresentam índices mais baixos de satisfação.

Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação

O desejo de estudar este tema, surgiu da importância do mesmo na atualidade. O presente estudo tem como objetivo analisar a satisfação e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados comparando a formação acadêmica do gestor sendo gerontólogo ou não, e com o tempo de internamento dos idosos nas estruturas residenciais. Pretende-se, assim, relacionar a qualidade de vida e a satisfação de vida dos idosos e a existência de um gerontólogo em cargos de chefia e outras variáveis independentes, como o tempo de permanência nas estruturas residenciais, que promovam e facilitem o planejamento de intervenções.

Com o aumento da população idosa, a Gerontologia surge como uma área do conhecimento específico acerca do envelhecimento assumindo um papel importante na sociedade e em particular no apoio à pessoa idosa e respetiva família. As instituições com gestor Gerontólogo apresentam idosos com melhor qualidade e satisfação de vida.

Neste estudo foram inquiridos 150 utentes de 10 instituições do distrito de Bragança, sendo que cinco instituições tinham serviço de gerontologia e outras cinco não tinham. Dos 150 utentes 53,3% (80) eram do sexo feminino, 44,7% (67) tinham pelo menos 85 anos e 11,3% (17) tinham idade inferior a 70 anos. A maioria, 58,7% (88) eram viúvos, sendo que 22,7% (34) estavam casados ou em união de facto. Verifica-se que 78% (117) tinham filhos, sendo o valor médio de 3,625 filhos por utente com desvio padrão de 1,678. Relativamente às habilitações literárias verificou-se que 34,7% (52) não sabiam ler nem escrever; 38,0% (57) tinham concluído o 1.º ciclo e 14,0% (21) tinham terminado o 2.º ciclo do ensino básico. Quanto à profissão que tinham exercido (tabela em anexo) verifica-se que 33,3% (50) foram agricultores e 18,0% (27) domésticas.

Relativamente às hipóteses de investigação, idosos em instituições com gerontólogo estão estatisticamente mais satisfeitos nos diferentes domínios da qualidade de vida avaliados pela escala de avaliação WHOQOL-BREF do que os idosos que não tem como diretor técnico o gerontólogo na instituição. Quanto ao tempo de internamento com exceção do domínio físico que obteve resultados significativamente melhores nos idosos com menos tempo de permanência nas estruturas residenciais.

Ao nível do instrumento de avaliação da satisfação de vida conclui-se que onde o diretor técnico é gerontólogo estão mais satisfeitos em todos os domínios da satisfação do que os idosos em instituições sem gerontólogo. Assim a primeira hipótese de investigação tal como a segunda foi corroborada, comprovada, a segunda hipótese não corroborada e como resposta à última hipótese de investigação foi corroborada parcialmente com valores estatisticamente idênticos independentemente do tempo de institucionalização com exceção dos domínios: fatores ambientais e estruturais e atividades ocupacionais que se obteve resultados significativamente melhores nos idosos com menos tempo de permanência nas estruturas residenciais.

É importante aproveitar este estudo e realçar a importância da Gerontologia nos idosos, de forma a garantir que a velhice e o processo de envelhecimento surjam como um bem-estar orientado e bem-sucedido, garantido sempre, um grau elevado na qualidade e satisfação de vida. Como resposta a esta questão, seria interessante, serem realizados estudos ao nível de Portugal Continental.

Tal como todos os estudos existem sempre limitações que impossibilitam mais eficácia e eficiência. A maior limitação assentou no primeiro impacto com os utentes, ganhar a confiança e a atenção deles para obter uma resposta concreta e correta, mas foi uma limitação superada na maioria dos casos. Ainda a atual situação pandémica da COVID 19 dificultou a realização do presente estudo de investigação, que no último mês na qual fiz a aplicação dos questionários nas instituições que faltavam notei um receio por parte da mesma no meu acesso aos utentes neste a grande limitação foi manter o distanciamento com o utente devido a alguns terem grandes dificuldades auditivas.

Através das hipóteses de investigação, para o qual este estudo foi baseado e através dos resultados obtidos, pode apresentar-se a seguinte conclusão: os idosos em instituições com gestor gerontólogo apresentaram resultados mais satisfatórios para a qualidade e satisfação de vida. Quanto à qualidade de vida com o tempo de internamento existem diferenças estatisticamente significativas

apenas para o domínio físico da qualidade de vida, para a satisfação de vida com o tempo de internamento registam-se diferenças estatisticamente significativas apenas para duas dimensões da escala de avaliação da Satisfação, a dimensão 'Fatores Ambientais e estruturais' e a dimensão 'Atividades ocupacionais'.

Assim sendo, a perceção da qualidade de vida e da satisfação de vida deve ser considerada como um indicador de excelência nos idosos, uma vez que o envelhecimento tende a aumentar.

Para o futuro e dada a importância de um gerontólogo em instituições para idosos que leva ao registo de valores da qualidade de vida e da satisfação de vida mais elevados, sugere-se serem realizados estudos similares entre os vários distritos de Portugal, com o aumento da esperança média de vida e do índice de envelhecimento surge a gerontologia como resposta aos desafios do envelhecimento bem-sucedido.

Ser idoso implica viver satisfeito e com qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

Amaro, M. M. (Março de 2013). *A Transformação da Identidade em Idosos Institucionalizados - Um Estudo de Casos Múltiplos*. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação.

Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas*. Lisboa: LUSODIDACTA.

Blake-knox, M., Broderick, J., Pereira, I., Leadbeater, M., & Medeiros, M. d. (2006). *Manual de boas práticas para lares residênciais de pessoas com deficiência motora*. Obtido de Manual de boas práticas para lares residênciais de pessoas com deficiência motora: https://www.inr.pt/documents/11309/218027/manual_de_boas_praticas_para_lares_residenciais_d_e_pessoas_com_deficiencia_motora.pdf/a5b7e5f6-153d-486b-a21f-90eea52602bf

Canavarro, M. C., Serra, A. V., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). *Relações, Desenvolvimento & Saúde*. Obtido de Relações, Desenvolvimento & Saúde : http://www.fpce.uc.pt/saude/WHOQOL_Bref.html.

Cardiga, A. A. (2016). *A satisfação com a vida, o bem-estar psicológico e o suporte social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Carrilho, J. M., & Patrício, L. (2002). *A Situação Demográfica Recente em Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Carvalho, A. V. (2016). *Contributo para a implementação de um sistema de gestão da qualidade no centro de dia na associação amparo familiar de Mira de Aire*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde. Tomar: Instituto Politécnico de Tomar.

Carvalho, M. I., Mouro, H., Faleiros, V., Pinto, C., Dominelli, L., António, S., ... Domènech, M. (2013). *Serviço social no envelhecimento*. Lisboa: PACTOR.

Correia, C. S. (2012). *A Qualidade de Vida e a Solidão em idosos institucionalizados e na comunidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

de Sousa, V. F. (2018). *Qualidade de vida em idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Bragança: Escola Superior de Saúde.

Diogo, C. (2016). *Avaliação da qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Saúde. Portalegre: Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Fernandes, F. (2012). *Carta Social do Concelho de Bragança*. Obtido de Carta Social do Concelho de Bragança: https://www.cm-braganca.pt/uploads/writer_file/document/1327/Carta_Social_do_Concelho_de_Bragan_a.pdf.

Freitas, M. C., Queiroz, A. T., & de Sousa, J. A. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos, pp. 407-412.

Gonçalves, C. M. (2015). *A qualidade de vida em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.

Guerreiro, M. (1998). *Contributo da Neuropsicologia para o estudo das demências*. Lisboa.

INE. (2018). *Estatísticas Demográficas 2018*. Lisboa: INE.

Jacob, L., Fernandes, H., Magalhães, E., Branco, A., Pinto, T., Santos, C.,...Milner, C. (2011). *Ideias para um Envelhecimento Activo*. Almeirim: RUTIS.

Lopes, M. (2010). *Imagens e Estereótipos de Idoso e de Envelhecimento em Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Covilhã: Universidade da Beira Interior.

Lourenço, P. M. (2014). *Institucionalização do Idoso e Identidade*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.

Mantovani, E. P. (2015). *Satisfação com a vida, Condições e Autoavaliação da Saúde ente Idosos residentes na comunidade*. Campinas: UNICAMP.

Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics. 7ª edição. ReportNumber, Lda*.

Marques, A. F. (2017). *Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada. Braga: Universidade Católica Portuguesa.

Mota, D. C. (2016). *Implementação do sistema de gestão da qualidade em lares residenciais para idosos-perspetiva do assistente social*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Moura, C., Pereira, I., Monteiro, M. J., Pires, P., & Rodrigues, V. (2015). *Saúde: do Desafio ao Compromisso*. Escola Superior de Enfermagem Drº José Timóteo Montalvão Machado. Obtido de Saúde: do Desafio ao Compromisso: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11939/1/Satisf%C3%A7%C3%A3o%20de%20colaboradores%20em%20estruturas%20residenciais%20para%20idosos.pdf>.

Nunes, A. J. (2012). Carta Social do Concelho de Bragança. *Carta Social do Concelho de Bragança*. Bragança, Bragança, Portugal.

Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.

Pereira, F. A., Teixeira, C., Falcão, A. R., Rodrigues, V. M., & Pimentel, M. H. (2019). *Personal centered care in long term residences: how to evaluate client satisfaction?* INFAD Revista de Psicologia.

Pereira, F., Gomes, MJ., Galvão, A. (2017). Ética e humanidade no cuidado do idoso, 2ª Ed. In F. Pereira (Cord.) (79-90), *Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia para Cuidadores de Idoso*. Viseu: Psicossoma.

Peres, M. (2014). *Os idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Pordata. (16 de junho de 2020). *Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade*. Obtido de Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade : <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>

República, D. d. (25 de fevereiro de 1998). Despacho Normativo 12/98,. Obtido de Despacho Normativo 12/98,: <https://dre.pt/application/file/a/211293>

Rocha, M. C. (2013). *Qualidade de vida e bem-estar de pessoas idosas residentes em equipamentos sociais*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido de Qualidade de vida e bem-estar de pessoas idosas residentes em equipamentos sociais: https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=613028.

Rodrigues, A. M. (2012). *O medo de envelhecer*. Trabalho final de Estágio para a Licenciatura em Gerontologia Social. Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus.

Rodrigues, L. d., & Soares, G. A. (2006). Velho, Idoso e Terceira Idade na Sociedade Contemporânea. *Revista ágora*, Vitória, nº 4, 2006, pp. 1-29.

Rodrigues. (2011). *A satisfação com a vida de idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.

Rodrigues, R. S. (2019). *Qualidade de vida dos idosos não institucionalizados no concelho de Ribeira Grande da Ilha de São Miguel*. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações. Bragança: Instituto Politecnico de Bragança.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Sousa, M. C. (2018). *Prática Gerontológica: Satisfação com os Serviços e Qualidade de vida em idosos clientes de Centro de Dia*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Tavares, G. (2014). *O envelhecimento populacional e as políticas sociais- região de Viseu*. Dissertação de Mestrado em Administração e Gestão Pública. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Toscano, S. A. (2004). *Avaliação do Desempenho, Manual de Apoio*. Ministério das Finanças, Secretaria de Estado da Administração Pública: <https://www.dgaep.gov.pt/media/0404000000/04.04.03.01%20-%20Manual.pdf>.

Veríssimo, M. T., Ermida, J. G., Clara, J. G., Oliveira, C. R., Pinto, A. M., Silva, H. C., ... Proença, R. (2014). *Geriatría fundamental Saber e Praticar*. Lisboa: LIDEL.

Anexos

Anexo A Autorização para a utilização do Instrumento WHOQOL-BREF



Pedido de instrumento de avaliação | Qualidade de Vida

Nome	Jéssica Maria Gonçalves
E-mail	jessicamgav@gmail.com
Área de formação do requerente	Outra
Área de formação:	licenciatura em Gerontologia, Mestrado em Gestão de Empresas
Profissão	Gerontóloga
O instrumento de avaliação será utilizado para fins	Académicos/Investigação
Nome	Helena Pimentel
E-mail	hpimentel@ipb.pt
Instituição	Instituto Politécnico de Bragança
Título	Gestores Gerontólogos: Satisfação e qualidade de vida dos idosos institucionalizados no distrito de Bragança
Tipo de população	Idosa
Tamanho de amostra previsto	150
Qual o questionário desejado	WHOQOL-Bref
	Accepted

Anexo B Consentimento Informado

Consentimento informado da instituição

Exm^o. Senhor Diretor(a)

Eu, Jéssica Maria Gonçalves encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação, no âmbito da Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações, da Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Bragança, orientada pela Professora Doutora Maria Helena Pimentel e pela Professora Doutora Paula Odete Fernandes, subordinado ao tema: “**Gestores Gerontólogos: Satisfação e qualidade de vida dos idosos institucionalizados no distrito de Bragança**” com o objetivo de analisar a satisfação e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados comparando a formação académica do gestor sendo gerontólogo ou não, e com o tempo de internamento dos idosos nas estruturas residenciais..

Assim, venho por este meio solicitar permissão a V. Ex^a. para proceder à recolha de dados junto dos idosos, através da aplicação de quatro questionários.

Os instrumentos de recolha de dados (IRDs) que pretendo aplicar no estudo dirigido aos idosos são:

- Escala de Avaliação da Satisfação dos Clientes de Estruturas Residências para idosos (EASCERI);
- Escala WHOQOL-BREF: Qualidade de Vida, também utilizado para rastreio sociodemográfico

Toda a informação é de total confidencialidade e anónima, sendo que as únicas pessoas que têm acesso à mesma são os responsáveis da investigação.

Desde já grato pela atenção dispensada.
Subscrevo-me com os melhores cumprimentos.
(Jéssica Maria Gonçalves)

Consentimento informado

Eu, _____, declaro por este meio, que concordei participar no estudo intitulado: **“Gestores Gerontólogos: Satisfação e qualidade de vida dos idosos institucionalizados no distrito de Bragança”** desenvolvido por Jéssica Maria Gonçalves, mestranda de Gestão das Organizações, no Instituto Politécnico de Bragança, na Escola Superior de Tecnologia e Gestão.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui Informado(a) dos objetivos do estudo, que, em linhas gerais com o objetivo analisar a eficácia dos gestores de estruturas residenciais para idosos tendo em conta a formação em Gerontologia versus outra formação de nível superior, comparando a qualidade de vida e o grau de satisfação dos idosos institucionalizados.

Local da Pesquisa: _____, _____, de _____ de 2019

Assinatura dos Participantes: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Obrigada pela sua colaboração

Anexo C Instrumento WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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



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

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

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

DADOS PESSOAIS

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

A3 Sexo Masculino Feminino **A4** Escolaridade

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

A5 Profissão

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

A7 Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
	Casado(a)	<input type="checkbox"/>
	União de facto	<input type="checkbox"/>
	Separado(a)	<input type="checkbox"/>
	Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
	Viuvo(a)	<input type="checkbox"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

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

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

Questões acrescentadas para o rastreio sociodemográfico:

E. Com que frequência se sente só:

- Sempre
- Muitas vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca

F. A iniciativa do internamento foi:

- Iniciativa própria
- Trazido(a) por amigos
- Trazido por familiares
- Trazido(a) por técnicos de ação social

G. Tempo de internamento: _____ meses; _____ anos

H. Regularidade com que é visitado: _____ vezes por mês

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo D Escala de Avaliação da Satisfação dos Clientes de Estruturas Residenciais para Idosos (EASCERI)

Escala de Avaliação da Satisfação dos Clientes de Estruturas Residenciais para Idosos (EASCERI)

Nota: Chamar a atenção do respondente para as diferenças nas questões: d) e e); l) e m); o) e p); estas questões (pares) tem obrigatoriamente se ser questionadas sequencialmente.

	Nível de satisfação						
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Insatisfeito/Nem Satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não sabe	Não se aplica
Capacidade de resposta da instituição:							
a) Com a forma como a organização assegura a sua privacidade.	1	2	3	4	5		
b) Com a forma como a organização assegura os cuidados de saúde de que necessita.	1	2	3	4	5		
c) Com a forma como a organização assegura os cuidados de higiene e imagem de que necessita.	1	2	3	4	5		
d) Com a forma como a organização o ajuda nas suas atividades dentro da instituição.	1	2	3	4	5		
e) Com a forma como a organização o ajuda nas suas atividades pessoais fora da instituição.	1	2	3	4	5		
f) Com a forma como a organização o ajuda nos seus encontros pessoais com pessoas exteriores à instituição (família, amigos, colegas).	1	2	3	4	5		
g) Com a forma como a organização assegura a qualidade das refeições.	1	2	3	4	5		
Fatores ambientais e estruturais							
h) Qualidade das instalações.	1	2	3	4	5		
i) Adequação das instalações.	1	2	3	4	5		
j) Asseio das instalações.	1	2	3	4	5		
k) Com a possibilidade de adequar o seu quarto ao seu gosto pessoal.	1	2	3	4	5		
l) Com a disponibilidade do sistema de transporte face às suas necessidades.	1	2	3	4	5		
m) Com a adequação do sistema de transporte face às suas necessidades.	1	2	3	4	5		
Empatia com os colaboradores:							
n) Competência dos colaboradores sempre que precisa do seu apoio.	1	2	3	4	5		
o) Disponibilidade dos colaboradores sempre que precisa do seu apoio.	1	2	3	4	5		
Atividades ocupacionais:							
p) Adequação das atividades ocupacionais aos seus gostos e necessidades.	1	2	3	4	5		
q) Forma como os colaboradores o motivam a participar nas atividades ocupacionais.	1	2	3	4	5		
Informação e participação nas decisões:							
r) Participação na elaboração do seu plano individual.	1	2	3	4	5		
s) Informação sobre as regras de funcionamento da instituição.	1	2	3	4	5		

Anexo E Dados da variável profissão

Tabela E.1: Frequências absolutas e relativas sobre a profissão.

Profissão	n	%
Agricultor	50	33,6
Doméstica	27	18,1
Modista/Alfaiate	14	9,4
Professor(a)	12	8,1
Carpinteiro	7	4,7
Sapateiro	5	3,4
Barbeiro	4	2,7
Serralheiro	3	2,0
Padeira	3	2,0
Padre	3	2,0
Polícia	3	2,0
Construtor civil	3	2,0
Comerciante	2	1,3
Tanoeiro	2	1,3
Calceteiro	1	0,7
Enfermeira	1	0,7
Condutor de mercadorias	1	0,7
Lavadeira	1	0,7
Empregada de Limpeza	1	0,7
Coveiro	1	0,7
Coletor de produtos usados	1	0,7
Odontologista	1	0,7
Jardineiro	1	0,7
Empregada de loja	1	0,7
Operador de fábrica	1	0,7
Total	149	100
Não Resposta	1	
Total Global	150	