



# O idoso institucionalizado no concelho de Vinhais: Aspetos e contextos da sua qualidade de vida

Catarina Alexandra Neves

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

Orientada por: Professora Doutora Maria José Gomes

Bragança, Março de 2014





# O idoso institucionalizado no concelho de Vinhais: Aspetos e contextos da sua qualidade de vida

Catarina Alexandra Neves

Orientada por: Professora Doutora Maria José Gomes

Bragança, Março de 2014

O conteúdo desta investigação serviu como base para a participação em alguns eventos, nomeadamente:

- Apresentação sob a forma de poster com o trabalho, “O idoso institucionalizado no concelho de Vinhais: Aspetos e contextos da sua qualidade de vida”, no V Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social (UNIFAI), realizado a 9 e 10 de Maio de 2013, no Porto.
- Apresentação sob a forma de poster com o trabalho, “O idoso institucionalizado: Que qualidade de vida?”, nas Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPB, realizadas a 7 e 8 de Junho de 2013, em Bragança.

## RESUMO

Este é um estudo subordinado ao tema qualidade de vida do idoso institucionalizado, concretamente no concelho de Vinhais, distrito de Bragança, tendo em conta que o crescente envelhecimento demográfico suscita cada vez mais preocupações sociais e económicas, tornando relevante o estudo da qualidade de vida nesta faixa etária.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica para suportar o quadro teórico desta investigação, na qual foi utilizada uma metodologia quantitativa, descritiva e transversal. Neste âmbito, foi utilizado como instrumento de recolha de dados o questionário WHOQOL-Bref, validado pela OMS e adaptado para a população portuguesa por Serra *et al* (2006), sendo aplicado pela autora deste estudo.

Foram definidos como critérios de inclusão no estudo idosos institucionalizados nos lares do concelho de Vinhais com capacidade objetiva de resposta às questões da escala utilizada, representando uma amostra de 68 indivíduos. A aplicação desta escala foi efetuada na modalidade de entrevista única, durante um período compreendido entre Dezembro de 2012 a Fevereiro de 2013. Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS.

Pretendeu-se com este trabalho de investigação perceber qual a percepção que os idosos têm da sua qualidade de vida, tendo em conta os domínios físico, psicológico, social e ambiental, uma vez que se considera importante saber em que contextos os idosos apresentam maiores lacunas para, posteriormente, estas serem analisadas e, se possível, suplantadas ou contornadas através de um conjunto de intervenções possíveis levadas a cabo pelos colaboradores da instituição e/ou familiares dos idosos institucionalizados.

Com este estudo verificou-se uma baixa satisfação da qualidade de vida em geral, com destaque para o subdomínio físico. No entanto, nos subdomínios Social e Meio Ambiente constata-se uma satisfação boa, existindo até indivíduos totalmente satisfeitos nestas áreas.

Palavras-chave: envelhecimento, institucionalização, qualidade de vida.

## **ABSTRACT**

This is a study dedicated to the quality of life of institutionalized elderly individuals, specifically in the municipality of Vinhais, district of Bragança, seeing the growing demographic ageing raises more and more social and economical concerns, making the study of the quality of life in this age group relevant.

A documental research was carried out to support the theoretical framework of this investigation, making use of a quantitative, descriptive and transversal methodology. In this regard a survey was used as instrument for data collection through the WHOQOL-Bref, questionnaire, validated by the WHO and applied by the authors of the study.

On this study were defined as inclusion criteria elderly individuals institutionalized in the municipality of Vinhais with the objective capacity to answer the questions of the used scale, which led to the development of a sample of 68 individuals. This scale was applied through a single interview method, in a period between December 2012 and February 2013. The SPSS computer program was used for statistical processing.

The purpose of this research work was to understand what's the elderly perception of their general quality of life in the context of physical, psychological, social and environmental areas, because it is important to realize in which contexts the elderly present the most deficiencies to subsequently analyse and if possible overcome and solve them through a group of possible interventions made by the institution employees and/or the family of the institutionalized elderly individuals.

This study established a low satisfaction with the general quality of life from the institutionalized elderly in the municipality of Vinhais, especially in the physical sub-area. In the Social and Environmental sub-areas, however, we observe a good satisfaction, with individuals that are even totally satisfied in these areas.

Key-words: ageing, institutionalization, quality of life.

## RESUMEN

Este es un estudio sobre la calidad de vida de el anciano institucionalizado en el ayuntamiento de Vinhais, provincia de Bragança. Debido a que el envejecimiento demográfico suscita cada vez más preocupaciones sociales e económicas, tornando-se clara la importancia de estudiar la calidad de vida en este estrato etario.

Se realizo una búsqueda bibliográfica de manera a sostener el plano teórico de esta investigación, en la cual fué utilizada una metodología cuantitativa, descriptiva y transversal. Como instrumento de recogida de datos fué utilizado el cuestionario WHOQOL-Bref, certificado por la OMS y para la población portuguesa por Serra et al (2006).

Fueron definidos como criterios de inclusión ancianos institucionalizados en el ayuntamiento de Vinhais con capacidad objetiva de contestación a las cuestiones de la escala utilizada, representando una muestra de 68 personas. La aplicación de esta escala fué hecha en la modalidad de entrevista única y por un periodo de tiempo entre Diciembre de 2012 hasta Febrero de 2013. Para el tratamiento estadístico fué utilizado el programa SPSS.

Con esta investigación se quiso entender cual la percepción que los ancianos tienen de su calidad de vida, según los dominios físico, psicológico, social y ambiental, una vez que se considera importante saber en que dominios presentam mayor deficit para, posteriormente, analysar y, se posible, suplantar o contornar através de un conjunto de medidas posibles llevadas a cabo por los profesionales de la institución y/o los familiares de los ancianos.

Con este estudio se llevo a la conclusión que existe una baja satisfacción de la calidad de vida en general, com más evidencia en el dominio físico. Por otro lado se cosntata que en los dominios social y ambiental se verifica una satisfacción buena, llegando a existir ancianos totalmente satisfechos en esta áreas.

Palabras-clave: envejecimiento, institucionalización, calidad de vida.

### **Agradecimentos**

A realização deste estudo não seria possível sem o apoio de uma série de pessoas e de entidades, às quais reitero os meus agradecimentos.

Nomeadamente:

- Aos idosos institucionalizados, pela boa vontade e disponibilidade na recolha de dados.
- Às amigas, funcionárias de algumas instituições, que dispensaram parte do seu tempo.
- Aos responsáveis por cada uma das instituições, por permitirem a recolha de dados.
- À minha orientadora, Professora Doutora Maria José Gomes, pelo incentivo e apoio manifestados, fundamentais para a finalização do trabalho.
- Ao grupo de investigação português da WHOQOL-Bref, pela rápida autorização e disponibilização da documentação necessária à aplicação do instrumento de recolha de dados.
- À minha família, pela paciência e compreensão na minha dificuldade de gestão do tempo.

### **Lista de siglas**

CSP	Centro Social e Paroquial
SCM	Santa Casa da Misericórdia
DM tipo 2	Diabetes Mellitus tipo 2
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
HTA	Hipertensão arterial
OMS	Organização Mundial de Saúde
WHOQOL	World Health Organization Quality of life
IPSS	Instituições Privadas de Solidariedade Social
WHOQOL-Bref	Instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida
QdV	Qualidade de Vida
INE	Instituto Nacional de Estatística

## Índice geral

<b>Índice de anexos</b>	<b>viii</b>
<b>Índice de figuras</b>	<b>ix</b>
<b>Índice de tabelas</b>	<b>x</b>
<b>Capítulo I</b>	<b>1</b>
1. Introdução	1
2. Formulação do problema	4
<b>Capítulo II: Enquadramento teórico</b>	<b>5</b>
1. Qualidade de vida	5
1.1. Evolução do conceito de qualidade de vida	5
1.2. Definição do conceito de qualidade de vida	6
1.3. Qualidade de vida em Adultos Idosos	9
2. Envelhecimento	11
2.1. O processo de envelhecimento	11
2.2. Envelhecimento demográfico mundial e nacional	13
2.3. Caracterização do concelho de Vinhais	14
3. O idoso institucionalizado	16
3.1. Estruturas de apoio social para idosos	16
3.2. A importância do ambiente institucional	19
<b>Capítulo III: Enquadramento metodológico</b>	<b>22</b>
1. Introdução	22
2. Instrumento de recolha de dados	23
3. Caracterização da amostra	25
<b>Capítulo IV: Apresentação e análise dos resultados</b>	<b>28</b>
1. Análise da escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-Bref	28
2. Análise inferencial	31
3. Discussão dos resultados	39
4. Conclusões	44
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>46</b>

<b>Anexos</b>	<b>51</b>
<b>Anexo I – Pedido de autorização para utilização do instrumento de recolha de dados</b>	<b>52</b>
<b>Anexo II – Pedidos de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados</b>	<b>56</b>
<b>Anexo III – Instrumento de recolha de dados (WHOQOL-Bref)</b>	<b>63</b>
<b>Anexo IV – Resultados dos testes estatísticos</b>	<b>68</b>

## Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de qualidade de vida do idoso.	10
Figura 2. Mapa das freguesias do concelho de Vinhais, com destaque para as localidades onde se inserem as instituições abordadas.	15
Figura 3. Gráfico representativo da distribuição das frequências absolutas relativas às patologias predominantes em ambos os sexos dos indivíduos da amostra.	27

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com o género.	25
Tabela 2. Estatística descritiva da idade.	26
Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade.	26
Tabela 4. Frequência das patologias predominantes na amostra.	26
Tabela 5. Distribuição das frequências absolutas, relativamente à área de residência de idosos de diferentes instituições.	27
Tabela 6. Valores médios e desvio padrão de cada item da escala WHOQOL-BREF, correlações entre cada item e o total da escala sem esse item e alfa de Cronbach.	29
Tabela 7. Estatística descritiva para cada domínio da escala WHOQOL-BREF.	30
Tabela 8. Descrição da satisfação com a qualidade de vida em geral, relativamente ao género.	31
Tabela 9. Descrição da satisfação com a saúde, relativamente ao género.	32
Tabela 10. Caracterização do domínio da qualidade de vida geral e dos subdomínios em função do género.	33
Tabela 11. Caracterização do domínio da qualidade de vida geral e dos subdomínios em função da faixa etária.	35
Tabela 12. Caracterização do domínio da qualidade de vida geral e dos subdomínios em função da instituição.	37
Tabela 13. Correlações do domínio e subdomínios, através do coeficiente correlação de Spearman.	38

## Capítulo I

### 1. Introdução

O relevante envelhecimento da sociedade atual tem suscitado interesse para questões sociais e económicas inerentes a este processo, com impacto nas orientações políticas sociais e de sustentabilidade. Neste contexto, destaca-se a temática da qualidade de vida, nomeadamente a qualidade de vida dos idosos.

A evolução do conceito de qualidade de vida tem levado a inúmeras definições, nem sempre consensuais. No entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) procurou unificar este conceito tendo em conta características comuns a todas as conceptualizações, sendo estas: a subjectividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade. Esta organização criou o grupo WHOQOL, com a responsabilidade de elaborar instrumentos e mecanismos credíveis para os estudos efetuados nesta área.

Com o envelhecimento surgem perdas, sobretudo a nível biológico e cognitivo. No entanto, o ritmo a que estas decorrem pode ser minimizado caso os contextos sociais e culturais as compensem, tendo sempre em conta a trajetória de vida do idoso e a sua história passada, elementos que o definem como indivíduo conjuntamente com as suas características biológicas e pessoais únicas. Há ainda que considerar que o processo de envelhecimento não é linear pois, sendo um processo fisiológico e evolutivo, é influenciado por vários fatores.

A institucionalização do idoso defende-se como um serviço de apoio de último recurso, quando as limitações inerentes ao processo de envelhecimento requerem um ambiente físico adaptado às suas novas necessidades. Assim, as instituições deverão minimizar a perda de competências do idoso, respeitando a sua individualidade.

A saúde desempenha um papel fundamental no envelhecimento pois, sem ela, o idoso apresentará inevitavelmente perdas, o que faz com que o peso da saúde, mais precisamente da perceção da saúde na qualidade de vida do idoso, seja uma questão controversa e resulte num aparente paradoxo entre os níveis de incapacidade e bem-estar referidos em vários estudos. Daí que qualidade de vida e saúde surjam muitas vezes relacionadas e, conseqüentemente, o conceito de qualidade de vida tenha permitido a consciencialização de que, tratar uma doença, não é o único resultado das intervenções em saúde, ou seja, torna-se pertinente avaliar os cuidados quantificando aspetos da qualidade de vida na implementação de programas de saúde.

O envelhecimento demográfico verifica-se desde a segunda metade do século XX, aumentando significativamente desde então. Portugal acompanha os demais países desenvolvidos, apresentando uma população envelhecida, onde o fenómeno do duplo envelhecimento da população se tem acentuado.

A realidade do concelho de Vinhais encaixa perfeitamente neste contexto. Na verdade, o concelho apresenta dos maiores índices de envelhecimento do país. Assim, este elevado envelhecimento associado às fracas acessibilidades, decorrentes das características geográficas

do interior norte do país onde este concelho se localiza, poderão promover o isolamento e menor acesso a serviços necessários à população idosa.

Desta forma, as seis instituições de apoio formal ao idoso no concelho, comumente designadas por lares, permitem o apoio social à população que, eventualmente, necessitará de cuidados acrescidos. Estas instituições, à exceção de uma, são instituições privadas de solidariedade social (IPSS), que existem em parceria com o Estado, de forma a fazer chegar à população as prestações de proteção social garantidas nas políticas públicas.

Na sociedade contemporânea, o idoso é muitas vezes marginalizado pois já não contribui produtivamente para a sociedade. No entanto, recentemente tem-se verificado um ajustamento progressivo aos novos paradigmas do envelhecimento, com perspetivas de um envelhecimento ativo e de uma vida com saúde. Assim, torna-se importante a promoção destes novos paradigmas por parte das instituições.

As instituições deparam-se, assim, com desafios constantes na continuidade da prestação de assistência à população idosa. Para além de procurarem prestar cuidados de qualidade com impacto na saúde física e mental dos seus residentes, comprometendo-se a preservar e promover a sua qualidade de vida, deverão, também, proporcionar um espaço físico e ambiente social saudável à equipa de trabalho e aos familiares ou pessoas importantes para eles. Daí que, e tal como considera Kane (2003), apesar de a qualidade de vida percebida dos clientes ser em parte um produto do seu estado de saúde, apoio social e personalidade, as instituições de apoio a idosos podem influenciar diretamente a sua qualidade de vida através das suas políticas, práticas e ambiente e, indiretamente, através das suas abordagens na família e na comunidade.

Sendo assim, a informação obtida a partir da avaliação da qualidade de vida dos seus clientes poderá integrar o processo de qualidade e de regulamentação da instituição, permitindo perceber em quais dos aspetos da qualidade de vida dos seus clientes é necessário refletir e promover uma melhoria.

Nesta realidade, coloca-se a principal questão: “Que qualidade de vida proporciona o contexto institucional aos idosos institucionalizados, no concelho de Vinhais?”. Esta questão delineará o tema da investigação, com o intuito de avaliar a qualidade de vida do idoso institucionalizado tendo em conta o ambiente institucional.

Este estudo encontra-se dividido em quatro capítulos distintos, mas interligados, que permitem dar resposta à questão desta investigação, apesar da abordagem de conceitos diversificados. São estes:

Capítulo I: Descrição introdutória do tema, objetivo, questões de investigação e pertinência da escolha do tema.

Capítulo II: Contextualização do tema em três partes. Na primeira é feita uma abordagem ao conceito de qualidade de vida, tendo em conta a sua evolução e definição e, especificamente, a qualidade de vida em adultos idosos. Na segunda parte, são abordados o processo de envelhecimento humano, bem como aspetos do envelhecimento demográfico mundial e nacional, e ainda algumas características relevantes do concelho onde se inserem as instituições. Na terceira parte, faz-se referência a aspetos relacionados com a pessoa idosa institucionalizada,

nomeadamente o contexto em que existem as estruturas de apoio social e a importância do ambiente institucional.

Capítulo III: Descrição da metodologia aplicada, definindo o estudo empírico, caracterizando a amostra e apresentando o instrumento de recolha de dados.

Capítulo IV: Apresentação da análise baseada na aplicação e recolha de dados e discussão de resultados atingidos ao longo da investigação efetuada entre Dezembro de 2012 e Fevereiro de 2013 nas instituições de apoio formal de internamento a idosos existentes no concelho de Vinhais.

Por fim, e com base nos resultados da investigação, serão enunciadas as considerações finais e possíveis sugestões que visem garantir ou melhorar a qualidade de vida do idoso institucionalizado no concelho de Vinhais.

## **2. Formulação do problema**

Com base no pressuposto de que a missão das instituições passa por garantir uma melhoria na qualidade de vida dos seus residentes, com participação ativa de todos os interessados, incluindo dos próprios, formula-se o problema que conduziu esta investigação.

Que qualidade de vida proporciona o contexto institucional aos idosos institucionalizados, no concelho de Vinhais.

As questões seguintes conduzem a respostas que esclarecerão o problema formulado.

- Qual a qualidade de vida percebida pelo idoso institucionalizado?
- Quais os domínios da qualidade de vida que o idoso mais valoriza, domínio físico, psicológico, social ou ambiental?
- Será que o apoio prestado pela instituição é positivo na percepção que o idoso tem da sua qualidade de vida?

Assim sendo, o objetivo geral passa por avaliar a qualidade de vida do idoso institucionalizado no concelho de Vinhais.

## Capítulo II: Enquadramento teórico

### 1. Qualidade de vida

O interesse crescente sobre o conceito de QdV originou diversas perspetivas. A procura pela unificação do conceito, que permitisse uma aplicação transcultural e subjetiva, levou à criação de um grupo de peritos por parte da Organização Mundial de Saúde, o grupo WHOQOL. Este grupo é responsável pelo debate do conceito e criação de um instrumento para a sua avaliação. Existindo vários modelos na conceptualização da qualidade de vida os mais significativos, e que mais influenciaram a OMS, são os modelos que abordam a QdV como objeto predominantemente psicológico ou predominantemente social, de acordo com Canavarro *et al* (2010).

Inicialmente associado à definição atual de saúde, aparecendo inúmeras vezes relacionado com esta e, sendo descrito como a percepção que o indivíduo tem das consequências de uma doença e respetivo tratamento sobre si mesmo, o conceito alargou-se, permitindo, deste modo, englobar vários contextos.

O paradigma da QdV baseia-se na subjetividade, na multidimensionalidade e no binómio positivo-negativo, envolvendo um constante equilíbrio entre todos os elementos. Assim, a QdV torna-se particularmente relevante no idoso pois, existindo perdas com o envelhecimento a alguns níveis (biológico e cognitivo), estas podem ser minimizadas ou aceleradas conforme os contextos sociais e culturais, e tendo em conta as expectativas subjetivas de cada um. Nesta faixa etária, o peso da saúde na percepção da QdV torna-se particularmente relevante, pois os idosos são mais vulneráveis a perdas ao nível da saúde que, previsivelmente, influenciam a sua QdV.

#### 1.1. Evolução do conceito de qualidade de vida

A existência de questões acerca da ambiguidade dos conceitos subjetivos de felicidade e bem-estar, integradas no conceito de qualidade de vida, surgem com as filosofias clássicas gregas. De facto, Aristóteles já demonstrava preocupações com as condições de vida da população e, segundo Canavarro *et al* (2010) defendia que o caminho mais virtuoso para o homem seria aquele que o orientasse para alcançar a excelência física e moral, designado por “vida racional”.

É, então, nas contínuas tentativas de avaliar o bem-estar das populações ao longo da história que surge o conceito de qualidade de vida. Este, até à segunda metade do século XX, surgia associado a indicadores económicos mas, após a 2ª Guerra Mundial, o termo de QdV tornou-se mais conhecido e passou a englobar outros aspetos, relacionados com o aparecimento de uma nova definição de saúde estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, em 1948.

Atualmente, QdV e saúde são dois construtos diferentes mas frequentemente ligados. A sua relação é importante, pois permite avaliar holísticamente as consequências de uma doença, tendo em conta a natureza biopsicosocial do ser humano.

Foi desta forma que o conceito se ampliou e, segundo Philips (2006) citado por Canavarro *et al* (2010), atualmente considera-se que o conceito de QdV deve integrar, para além de dimensões mais subjetivas como a felicidade e a satisfação, outros tópicos mais objetivos, considerados como universalmente necessários, tais como uma nutrição adequada, um ambiente não adverso e uma vida longa e saudável.

Devido à grande relevância que o conceito passou a ter, vários países desenvolveram políticas de bem-estar social. O interesse crescente nesta área, sobretudo a partir das décadas de 80 e 90, conduziu a diversas definições de QdV e levou à criação de vários instrumentos de avaliação, denotando-se que não existe consenso absoluto, pois esta engloba vários aspetos, nem todos de avaliação objetiva e com diferente relevância atribuída.

Neste contexto, e como não existia nenhum instrumento de avaliação transcultural, a OMS formou, na década de 90, um grupo de peritos de várias culturas, o grupo WHOQOL, com o propósito de debater o conceito de QdV e construir um instrumento de avaliação transcultural. Este grupo desenvolveu, inicialmente, a escala WHOQOL-100 e, posteriormente, devido à necessidade de instrumentos mais breves, a escala WHOQOL-Bref.

## **1.2. Definição do conceito de qualidade de vida**

O grupo WHOQOL (1995) assume que, embora não seja consensual a definição de qualidade de vida, existem três características principais comuns aos diversos autores, que são: a multidimensionalidade, bipolaridade e subjetividade. É multidimensional porque engloba várias áreas, como a área física, psicológica e social, com dimensões negativas e positivas. Alguns aspetos são objetivos, tal como as condições ambientais, ao passo que outros são subjetivos pois dependem da perceção individual.

Assim, atualmente, a QdV engloba diversos componentes, podendo ser gerais ou mais específicos. Os mais referidos são: o estado físico e as capacidades funcionais, o estado psicológico e o bem-estar, as interações sociais, os factores profissionais e económicos e, ainda, o estado religioso e espiritual.

De acordo com Diener e Suh (1997) citados por Canavarro *et al* (2010), as definições desenvolvidas durante as décadas de 80 e 90 podem ser agrupadas em três grandes grupos: as que valorizam os indicadores sociais, as que valorizam indicadores subjetivos de bem-estar e as que remetem para índices económicos.

Na pretensão de conceptualização teórica de QdV, segundo Canavarro *et al* (2010), existem vários modelos sugeridos em diferentes contextos disciplinares e aplicações diversas. Assim, a mesma autora considera como os mais significativos, segundo o seu nível de compreensão, os modelos que abordam a QdV como objeto predominantemente psicológico ou predominantemente social. O primeiro aborda QdV como resultado final individual e o segundo valoriza os contextos sociais que condicionam o resultado final.

Dentro do conjunto de trabalhos que conceptualizam a QdV como um estado psicológico, Canavarro *et al* (2010), destaca os seguintes modelos, considerando que foram os que mais influenciaram a perspectiva preconizada pela OMS:

- Modelo global da QdV (de Felce e Perry, 1993, 1995), trata-se de um construto multidimensional, com componentes subjetivos e objetivos, que valoriza a perceção do indivíduo, refletindo uma conceção abrangente de bem-estar.

- Modelo integrativo da QdV (de Granzin e Haggard, 2000), este modelo defende que a interação das características individuais e a perceção do indivíduo face ao meio físico e social no qual se insere influenciam o comportamento do indivíduo e a avaliação das próprias experiências.

Dentro do conjunto de trabalhos que conceptualizam a QdV como predominantemente social existem dois grandes grupos, os que dão relevância aos contextos que determinam a QdV individual e os que exploram a noção de QdV das populações e sociedades. Dentro destes, aquele que se encontra mais relacionado com a perspetiva da OMS é o Modelo ecológico de qualidade de vida.

Pode-se, pois, concluir que o termo qualidade de vida é muito abrangente, englobando uma enorme variedade de condições, que podem afetar a perceção do indivíduo, os seus sentimentos e o seu comportamento. Há até autores, tal como Tamaki (2000), que salientam o quanto é difícil avaliar e quantificar a QdV, considerando que qualquer método que tenha essa finalidade é reducionista, tendo em conta a complexidade do fenómeno.

Contudo, a Organização Mundial de Saúde procurou unificar o seu conceito de modo a avaliar, para qualquer indivíduo, aspetos da sua saúde física, estado psicológico, nível de independência, interações sociais e a sua relação com o meio ambiente. Alguns autores afirmam que esta definição, proposta pela OMS, é a que melhor traduz a abrangência do conceito de qualidade de vida.

A existência de várias perspetivas torna pertinente uma abordagem homogénea que as integre, abrangendo os aspetos objetivos e subjetivos, individuais e coletivos. As diferentes interpretações de qualidade de vida integram noções de felicidade, satisfação pessoal e bem-estar subjetivo, ou seja, integram os sentimentos, valores e expectativas de vida de cada indivíduo inserido numa sociedade ou cultura particular que lhes disponibiliza uma rede e apoio social. Estes são determinados pelas características genéticas de cada um, pelas circunstâncias de vida e por estratégias individuais (condições de trabalho, ambiente familiar e sociedade), e pelo rendimento económico, bem como pela sua capacidade de adaptação em contextos diferentes. Em relação ao coletivo ou à comunidade, os conceitos mais relevantes para a avaliação da QdV são o capital social, que inclui os recursos disponíveis à sociedade, e a coesão social, referente às instituições e normas que formam o governo das sociedades. Assim, na promoção da QdV, os aspetos psicológicos e funcionais individuais devem estar em equilíbrio com os aspetos sociais e a integração do indivíduo na sociedade.

Torna-se necessário analisar os aspetos da vida para avaliar o conceito de forma objetiva e subjetiva que, segundo Nordenfelt (1994) citado por Canavarro *et al* (2010), são pelo menos cinco: as experiências da vida, as atividades da vida, as realizações da vida, os acontecimentos

da vida e as circunstâncias que envolvem o indivíduo. Desta forma, para que o indivíduo esteja satisfeito com a sua QdV, será necessário que cumpra todas as suas necessidades básicas, intimamente relacionadas com a sua saúde.

Kaplan (1985), citado por Canavarro *et al* (2010), defende a pertinência de avaliar os cuidados, quantificando aspetos da QdV na implementação de programas de saúde, uma vez que o conceito de que os serviços de saúde devem ter como objetivo o prolongamento da vida e a melhoria da QdV é cada vez mais generalizado. Isto, à luz das alterações demográficas atuais e da pressão que as mesmas implicam no sistema de saúde, permite a possibilidade de direcionar recursos no âmbito da saúde para resultados que façam as pessoas sentirem-se mais satisfeitas com a sua vida. Neste sentido, a avaliação da QdV pode influenciar decisões a um nível mais geral, nas políticas de saúde ou, a um nível mais particular, nas práticas diárias dos profissionais de saúde, tendo em consideração que a influência da avaliação da qualidade de vida na eficácia dos programas de saúde é complementar de estudos epidemiológicos ou clínicos.

A importância atual da QdV relacionada com a saúde está patente no número de instrumentos de avaliação que foram já construídos, muitos deles específicos a determinadas patologias.

Nesta temática, surge a expressão “ganhos em saúde”, internacionalmente adotada como enunciado positivo de um desejo de melhorar o nível de todos os indicadores de saúde. Estes ganhos em saúde, segundo o Ministério da Saúde (1998) citado pela DGS (2002), podem traduzir-se de diferentes modos, nomeadamente, ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos (acrescentar anos à vida) e diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devido a doenças, traumatismos ou às suas sequelas, e aumento da funcionalidade física e psicossocial (acrescentar vida aos anos), entre outros.

Assim, os instrumentos de avaliação da QdV devem permitir avaliar o impacto das intervenções ao nível dos cuidados, de saúde e não só, prestados a uma determinada população. Estes devem fornecer dados fáceis de interpretar relacionando-os entre si, permitindo, também, uma avaliação económica.

O conceito de QdV relacionado com a saúde pode ser descrito como a perceção que o indivíduo tem das consequências de uma doença e respetivo tratamento. Segundo Gianchello (1996), este conceito refere-se ao valor atribuído à vida quando esta é modificada pela perceção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamentos e agravamentos, tornando-se o indicador principal na avaliação do resultado dos diversos tipos de intervenções.

Numa altura em que o custo, direto e indireto, dos cuidados médicos é cada vez mais elevado devido a diversos fatores (como melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde, tecnologia avançada nos tratamentos, maior prevalência de doenças crónicas, envelhecimento demográfico, entre outros), torna-se cada vez mais relevante avaliar esses custos com os benefícios pessoais do tratamento. Daí que o conceito de qualidade de vida permita alargar essas preocupações, estabelecendo objetivos, delineando o decurso e capacidade do tratamento, efeito dos medicamentos e expectativas do doente, uma vez que a relação entre os

custos e os benefícios dos diferentes tratamentos terá em conta a percepção subjetiva e pessoal do doente acerca do impacto do tratamento.

A avaliação da QdV permitiu, assim, ponderar outros contextos na avaliação do estado de saúde/doença e promoveu algumas mudanças, possibilitando uma melhor compreensão da atuação terapêutica.

### **1.3. Qualidade de vida em Adultos Idosos**

Como já foi referido, e segundo o grupo WHOQOL (1994), o paradigma da qualidade de vida baseia-se em três áreas fundamentais: o da subjetividade, valorizando a perspetiva individual, que pode sofrer alterações ao longo da vida; o da multidimensionalidade; e o da dimensão positiva/negativa, ou seja, a qualidade de vida envolve o constante equilíbrio entre a presença de elementos positivos e negativos ou a presença de alguns elementos e ausência de outros. Estas características gerais são passíveis de aplicação à avaliação da QdV no adulto idoso.

No sentido de valorizar o idoso, e a sua QdV, os diferentes estudos sobre o envelhecimento salientam a importância atual da QdV dos idosos e não, apenas, o aumento da sua longevidade.

Baltes (1990) citado por Gonçalves *et al* (2006) define algumas proposições essenciais para o enquadramento do que denominam de envelhecimento bem sucedido. As premissas basilares desta teoria são a heterogeneidade do processo de envelhecimento e a existência de capacidades de reserva, que podem ser utilizadas perante o declínio de determinadas competências. Gonçalves *et al* (2006) considera, ainda, que existem limites impostos pela idade para a adaptação e plasticidade comportamental, resultando num aumento progressivo das perdas e uma conseqüente diminuição dos ganhos. Ou seja, o envelhecimento pode ser compreendido através do modelo de seleção, otimização e compensação, mecanismos de adaptação interativos que procuram sempre a maximização dos ganhos e a minimização das perdas.

Tendo em conta a QdV como conceito multidimensional, e como foi já evidenciado em diversos estudos, com o envelhecimento há perdas sobretudo a nível biológico e cognitivo. No entanto o ritmo a que estas decorrem pode ser minimizado, caso os contextos sociais e culturais as compensem, e pode ser acelerado pelas expectativas subjetivas sobre o envelhecimento ao nível social económico e cultural, caso conduzam os idosos para planos secundários e discriminativos. Num estudo realizado por Martins (2007), os índices de QdV relacionam-se direta e significativamente com o nível económico dos idosos, não havendo diferença significativa entre diferentes géneros ou ambiente (rural e urbano). Segundo Neri (1993), os recursos financeiros exercem um efeito compensatório sobre as perdas da velhice, pois estes recursos facilitam o acesso a serviços de saúde e lazer, entre outros.

Num outro estudo, ainda, realizado por Paskulin *et al* (2010), os idosos referem aspetos relativos à sua saúde como relevantes para definirem a sua QdV. No entanto consideram que ter uma doença controlada ou tomar remédios não é estar doente. Referiram ainda, que viver bem ou viver em paz tem conotação positiva relativamente à sua QdV. Assim, segundo Paúl e Fonseca

(2005), importa explorar a dimensão psicológica na adaptação ao processo de envelhecimento. Segundo Lawton, Keblan e Di Carlo (1984) citados por Paúl e Fonseca (2005), o bem-estar psicológico tem como dimensões subjacentes a congruência entre as aspirações e as realizações, o afeto (positivo e negativo) e ainda, possivelmente, a felicidade. De acordo com estes autores, o bem-estar psicológico é um dos quatro componentes do bem-estar subjetivo, que inclui também a competência comportamental, a qualidade de vida percebida e o ambiente objetivo.

De acordo com Neri (2001), há três elementos centrais na definição da qualidade de vida do idoso. O primeiro é que a qualidade de vida na velhice depende de muitos elementos em interação. O segundo é que esta é produto de uma história delineada à medida que indivíduos e sociedade se desenvolvem. O terceiro elemento destaca-se como a comparação entre critérios objetivos e subjetivos, associado a normas e a valores sociais e individuais, igualmente sujeitos a alterações com o decorrer do tempo.

Ainda segundo Neri (2001), estes conceitos estruturais de multidimensionalidade, de avaliação associada a critérios pessoais e sicionormativos, de produto da interação indivíduo-ambiente e de temporalidade, associados à qualidade de vida no idoso levaram à construção de um modelo largamente conhecido na literatura gerontológica internacional. Este modelo foca a abrangência e a profundidade da vida toda, na dinâmica das interações que os indivíduos estabelecem com o ambiente, na história individual e de grupos sociais e na variabilidade de experiências do envelhecimento.



Figura 1. Modelo de qualidade de vida do idoso.

Adaptado de Lawton 1991, in *Desenvolvimento e Envelhecimento*, de Neri (2001).

A compreensão da qualidade de vida ultrapassa a problemática da saúde. Todavia esta continua a ser parte fundamental da QdV, particularmente valorizada pelos idosos. Ou seja, a saúde desempenha um papel fundamental no envelhecimento pois, apesar da posição dos idosos não ser necessariamente por si só um risco de ausência de saúde, é possível prever a QdV do

idoso através da sua saúde, pois sem ela o idoso apresentará inevitavelmente perdas. Tal como refere Fonseca et al (2007), disso resulta que as pessoas idosas avaliem a sua saúde por causa das limitações que surgem nas atividades que valorizam, havendo objetivos funcionais e idiossincráticos que explicam a avaliação dos estados de saúde, o que faz com que o peso da saúde, mais precisamente da perceção da saúde na QdV, seja uma questão controversa e resulte num aparente paradoxo entre os níveis de incapacidade e bem-estar reportados. Sousa *et al* (2003), constataram que a maioria dos idosos demonstra uma boa qualidade de vida, à exceção de idosos com diminuição de competências cognitivas e motoras, consequentemente com pouca autonomia, que demonstraram menor satisfação com a sua qualidade de vida.

Deste modo, é importante que se distingam os declínios ou efeitos consequentes do avançar da idade das perdas resultantes da ausência de saúde, de forma a caracterizar corretamente esta fase da vida pois, como é muitas vezes associada a perdas e situações negativas, podem existir alguns estereótipos associados que conduzam à diminuição da QdV dos idosos. Contudo, perante a relevância atual de temas como envelhecimento bem sucedido e envelhecimento ativo, estes estereótipos tendem a dissipar-se.

## **2. Envelhecimento**

A forma de encarar o envelhecimento tem-se alterado ao longo da história do Homem. Na sociedade atual, existem alterações na estrutura familiar e social que incapacitam o cuidado adequado ao idoso, bem como dificuldades por parte do Estado na forma de financiamento e disponibilização de equipamentos de apoio aos idosos.

O processo de envelhecimento é parte integrante do desenvolvimento humano, contemplando várias teorias, pois é influenciado por vários fatores.

Para minimizar perdas decorrentes deste processo, tornam-se relevantes as instituições de apoio aos idosos, sobretudo no atual cenário de crescente envelhecimento demográfico.

A acompanhar este cenário, inclui-se o concelho de Vinhais, onde o índice de envelhecimento é dos mais elevados do país, à semelhança da desertificação e dos fracos acessos disponíveis à população, maioritariamente idosa, do predominante meio rural do concelho. Assim, torna-se crucial o apoio das instituições criadas no concelho.

### **2.1. O processo de envelhecimento**

A fase da velhice é encarada de várias formas, dependendo do contexto histórico e social, e de acordo com recursos políticos e económicos, que orientam o papel do idoso na estrutura social em que se insere.

A sociedade atual, onde tudo é célere, não foi concebida para o idoso e perderam-se os hábitos sociais e familiares de cuidar dos mais velhos. A descendência, como muitas vezes é singular e tem um estilo de vida diferente, é atualmente incapaz de acolher com dignidade os seus progenitores. Para além da dificuldade que existe na família e a que o idoso sente em aceitar o

seu estado de velhice, existe dificuldade por parte do Estado em criar estruturas de apoio a idosos e em financiar adequadamente todos os serviços necessários à prestação de cuidados.

Pode dizer-se, então, que o desafio para os sistemas de saúde, para a comunidade e para a sociedade, não é somente um prolongamento da vida, mas sim proporcionar a melhor qualidade de vida possível aos seus idosos.

O processo de envelhecimento é fisiológico e evolutivo, mas não é linear visto ser influenciado por vários fatores. É, portanto, heterogêneo, variando de indivíduo para indivíduo, sendo marcado pelas diferentes experiências vividas. Este envolve vários aspetos e pressupõem alterações graduais.

Existem, assim, várias teorias sobre o envelhecimento, biológicas e psicossociais. No entanto, nenhuma deve ser considerada completa, mas sim complementares. Segundo Schroots e Birren (1980), citados por Paúl (2002), o envelhecimento apresenta três componentes: biológica, social e psicológica. Enquanto que o processo de envelhecimento biológico, ou senescência, resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, o processo de envelhecimento social remete-se aos papéis sociais e às expectativas da sociedade para esta faixa etária, e o envelhecimento psicológico é definido pela capacidade de auto-regulação do indivíduo na tomada de decisões e escolhas, adaptando-se ao processo de envelhecimento e senescência.

O conceito de envelhecimento pode ser visto, então, como uma interação entre as características genéticas do indivíduo e as condições ambientais alteráveis. Assim, à medida que ocorrem mudanças físicas, alterações funcionais e sociais, é necessário um equilíbrio constante, interno e externo.

O envelhecimento apresenta-se como parte do desenvolvimento humano e é determinado pela interação dinâmica entre o indivíduo intencionalmente ativo e os contextos em constante alteração. Assim, segundo Fonseca (2006), enfatiza-se a complementaridade entre dois sistemas: o biopsicológico (inerente ao ser humano) e o socioeconómico-político (referente ao ambiente onde os contextos se inserem). Fonseca (2005), citando Lindinberg e Ormel (1998), refere-se à dificuldade em definir e avaliar critérios de envelhecimento bem-sucedido, dado que se misturam frequentemente os critérios objetivos (como a longevidade) e os subjetivos (como a satisfação de vida). Assim sendo, diferentes pessoas podem ter diferentes percursos de envelhecimento mantendo uma idêntica satisfação com a vida e obtendo igual sucesso.

A reduzida probabilidade de doenças, de acordo com Fonseca (2005), em especial aquelas que causam perda de autonomia, a manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico e a conservação do empenhamento social e do bem-estar subjetivo, reúnem-se em proporções variáveis, em função das influências de desenvolvimento que os indivíduos sofreram ao longo da vida. Estas influências no desenvolvimento são, segundo Baltes e Smith (2004) citados por Neri (2006), genético-biológicas e socioculturais, de natureza normativa e não normativa, marcadas por ganhos e perdas concorrentes e pela interatividade entre o indivíduo e a cultura. De facto, num estudo elaborado por Barros (2011), concluiu-se que a satisfação com a

vida e com o suporte social, a depressão, a ansiedade e o stresse, estão significativamente associados, quer ao bem-estar psicológico, quer à capacidade funcional.

O êxito no envelhecimento, ou as boas condições de saúde no envelhecimento, dependem de diversos fatores. A saúde não é a única condição de um envelhecimento bem sucedido, mas condiciona as competências da pessoa idosa e a sua qualidade de vida. Segundo Paúl (2005), a perda de competências do idoso deve-se a uma diminuição das capacidades do indivíduo, a um aumento das exigências do meio, ou à combinação de ambos. Estas perdas podem comprometer a saúde e autonomia do idoso, contribuindo para o aumento da sua vulnerabilidade.

Por isso, pode tornar-se necessário o apoio de instituições que possam atuar quer ao nível da minimização da perda de competências, quer pela disponibilização de um contexto ambiental adaptado às competências do idoso.

No entanto, segundo Quintela (2011), num ajustamento progressivo aos novos paradigmas do envelhecimento, surge uma nova perspetiva de ganhos de vida com saúde e com independência, de funcionalidade, de participação, de intergeracionalidade e de envelhecimento ativo, passando para segundo plano os paradigmas exclusivamente institucionalizantes. Assim, torna-se importante uma adaptação das instituições, para que possam promover estes novos paradigmas, quando a institucionalização do idoso é inevitável.

## **2.2. Envelhecimento demográfico mundial e nacional**

O processo de envelhecimento tem sofrido, não somente mudanças conceptuais ao longo do tempo e de acordo com o contexto social e cultural, mas também mudanças de carácter demográfico. De facto, tem-se verificado um acentuado envelhecimento demográfico a partir da segunda metade do século XX. Segundo Nazareth (1994), citado por Ferreira *et al* (2006), as suas causas e consequências, a identificação de assimetrias espaciais e a sua ligação ao processo de transição demográfica têm motivado esforços de vários investigadores, com o objetivo de definir os determinantes para o impacto do envelhecimento.

De acordo com as mais diversas projeções, o número de idosos deverá continuar a aumentar durante as próximas décadas. No caso da Europa, a população deixará de crescer em número e em seguida começará a diminuir gradualmente. Ainda de acordo com este autor, todas as previsões mostram que não só aumentará o número de idosos, mas também que, dentro desta faixa etária, o ritmo de crescimento não será uniforme, sendo que os muito idosos (maiores de 85 anos), a designada quarta idade, constituirá o grupo em que o aumento será mais significativo.

Portugal, tal como a grande maioria dos países desenvolvidos, também apresenta uma população envelhecida, em que o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, agravou-se na última década. Os resultados dos Censos de 2011 (INE) indicam que 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. O índice de envelhecimento da população é de

129, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 129 idosos. Em 2001 este índice era de 102. (INE, 2011)

A acompanhar estes indicadores, também o índice de dependência de idosos aumentou cerca de 21% na última década. Segundo dados do INE (2011), este índice representa a relação entre o número de idosos e a população em idade ativa. A par desta tendência demográfica, inclui-se o concelho de Vinhais, onde o índice de envelhecimento aumentou na última década, sendo dos concelhos do território nacional onde este é mais elevado, situado entre 412,7 e 599,5.

O processo de envelhecimento tornou-se um importante objeto de estudo, não só pelo conhecimento das suas causas e de estratégias que o atenuem, mas também pelas consequências socioeconómicas que acarreta, com impacto nas orientações de políticas sociais e de sustentabilidade, bem como em alterações ao nível individual através da adoção de novos estilos de vida.

### **2.3. Caracterização do concelho de Vinhais**

De maneira a conhecer a realidade do concelho de Vinhais, no qual se inserem as instituições deste estudo, procede-se a uma breve caracterização do mesmo:

Com uma área aproximada de 700 km<sup>2</sup>, o concelho de Vinhais situa-se em pleno Nordeste Transmontano, pertencendo ao distrito de Bragança. É limitado a norte pelas províncias da Galiza e de Castilla e León, da vizinha Espanha, a Sudoeste pelos concelhos de Chaves e Valpaços, a Sul pelos concelhos de Mirandela e Macedo de Cavaleiros, e, por último, a Este, pelo concelho de Bragança. O concelho, à semelhança de outros nas zonas do interior Norte, e devido às suas características geográficas, apresenta alguns problemas de acessibilidades, tanto ao nível do território concelhio como de interligação com o exterior. É predominantemente rural, constituído por 35 freguesias, com 95 aglomerados urbanos, com uma área média por freguesia de 20 Km<sup>2</sup>. A distribuição da população ao longo do território concelhio apresenta bastantes assimetrias, encontrando-se as maiores densidades populacionais nas freguesias a sul do concelho, enquanto as densidades mais baixas se encontram a norte deste.

As instituições abordadas neste estudo estão dispersas pelo concelho, maioritariamente na zona sul, onde, como já foi referido, existe maior densidade populacional, e são:

-Santa Casa da Misericórdia de Vinhais, localizada na vila de Vinhais, que presta apoio a 65 idosos institucionalizados, entre outros cuidados de apoio domiciliário e centro de dia.

-Estalagem Geriátrica de São Venâncio, localizada na aldeia de Rebordelo, onde residem 14 idosos.

-Centro Social e Paroquial de S. Martinho, localizado na aldeia de Ervedosa, presta cuidados a 22 idosos institucionalizados, bem como cuidados de apoio domiciliário e centro de dia, e à população da freguesia em geral, pois colabora ativamente com a Junta de Freguesia local.

-Centro Social e Paroquial S. Mamede, localizado na aldeia de Agrochão, que presta apoio a 21 idosos institucionalizados, e outros idosos em regime de centro de dia e apoio domiciliário.

-Centro Social e Paroquial de S. Miguel, localizado na aldeia de Vila Boa de Ousilhão que, além de prestar cuidados a 18 idosos institucionalizados, proporciona apoio domiciliário e centro de dia.

-Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora do Carmo, localizado na aldeia de Moimenta, que presta cuidados a 16 idosos residentes na instituição, bem como a outros idosos em centro de dia e apoio domiciliário.



Figura 2. Mapa das freguesias do concelho de Vinhais, com destaque para as localidades onde se inserem as instituições abordadas.

Adaptado da fonte: <http://www.vinhais.com.pt>

Resumidamente, e segundo a Carta Educativa da Câmara Municipal de Vinhais (2010), pode-se afirmar que a situação atual do concelho assenta em dois fatores fundamentais que determinam a sua economia: desertificação acentuada das freguesias rurais do concelho e o alto índice de envelhecimento populacional. Este facto gera enormes fragilidades e constrangimentos tanto ao nível da produtividade como da criação de dinâmicas socioeconómicas capazes de fixar a população jovem em idade ativa e de criar riqueza.

Como refere o INE (2011), o agravamento do envelhecimento é comum a praticamente todo o país, na verdade o concelho de Vinhais é dos doze concelhos com maior índice de envelhecimento, situado entre os 412,7 e os 599,5. Este índice é habitualmente calculado pelo número de idosos (população com 65 ou mais anos) por cada 100 pessoas dos 0 aos 14 anos. Em relação ao índice de sustentabilidade potencial, ou seja, o esforço que a população idosa exerce sobre a população em idade ativa, este é também dos piores do país, situado entre 1,1 a 2,3, o que significa que por cada indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos existem entre 1,1 a 2,3 indivíduos em idade ativa. Na última década, em Portugal, este índice também se agravou passando de 4,1 para 3,4.

As fracas acessibilidades, associadas a um elevado envelhecimento do concelho, poderão promover o isolamento e um menor acesso a serviços potencialmente necessários à população idosa. Desta forma, destacam-se as instituições existentes na medida em permitem o apoio social à população idosa, potencialmente escassa em recursos económicos, com proximidade às suas raízes e inserida na comunidade onde sempre viveram. Assim, e tal como refere Almeida (2007), se a imensa heterogeneidade das pessoas, dos seus percursos e das suas condições de vida devem constituir um dado central em qualquer conceptualização de envelhecimento, tal traduzir-se-á na intervenção, em dupla implicação, de fundamento moral: um empenho paralelo na defesa da justiça social e da equidade em conjunto com o já enfatizado respeito pela diversidade,.

### **3. O idoso institucionalizado**

O crescente número de instituições pertencentes ao setor das organizações sem fins lucrativos surge como resposta à procura igualmente crescente nesta área, nomeadamente no apoio social a idosos.

Existindo igualmente outro tipo de apoio formal comunitário para os idosos, neste estudo realçam-se os equipamentos sociais de apoio a idosos, com possibilidade de internamento.

A QdV é sem dúvida um objetivo dos residentes em instituições de apoio a idosos e das próprias instituições, sendo necessárias medidas que avaliem este constructo para que se possa conhecer até que ponto um equipamento concede, ou não, melhorias na qualidade de vida dos seus residentes, permitindo aos gestores e direção refletir se, de facto, se cumprem os objetivos e orientação da instituição ou se é necessário repensar a sua abordagem.

Daí que o ambiente institucional seja relevante na minimização das perdas associadas ao envelhecimento procurando, contudo, respeitar a individualidade de cada idoso. Assim, para além da compreensão da QdV dos idosos institucionalizados, é importante a avaliação ambiental da instituição, de forma a perceber a interação entre o contexto ambiental e o indivíduo.

#### **3.1. Estruturas de apoio social para idosos**

A organização social, política e económica de um país poder-se-á considerar, resumidamente, como o resultado da atividade de três sectores: o sector público, o sector privado empresarial e o terceiro sector. Este último setor é constituído pelas organizações sem fins lucrativos e, dentro destes sectores, existem subsectores crescentes, como o social, onde se incluem as Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS). Estas instituições não têm como principal objetivo o lucro. Segundo Andrade et al (2007), terão uma missão cultural, educacional, de investigação, de lazer, de apoio social, filantrópica, de defesa de direitos humanos, de defesa de causas ambientais, entre muitas outras. A parceria das organizações sem fins lucrativos com o Estado possibilita uma ação social mais eficiente, num processo que se traduz pelo reconhecimento das necessidades, financiamento e desenvolvimento de serviços e equipamentos.

Neste estudo, apenas uma instituição não se enquadra nas organizações sem fins lucrativos, sendo esta a Estalagem Geriátrica São Venâncio na localidade de Rebordelo. As demais instituições são IPSS (Centro Social e Paroquial de São Martinho, Centro Social e Paroquial de São Mamede, Centro Social e Paroquial de São Miguel, Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora do Carmo) e a Santa Casa da Misericórdia (de Vinhais).

A economia social destacou-se no século XIX, após a revolução industrial, como resposta a injustiças criadas nessa altura e renasce na última década de 80. Segundo Roque Amaro (2005), o subsetor social incluído no terceiro setor da economia pode ser definido como uma atividade económica, que abrange um conjunto de atividades produtivas, cria postos de trabalho, gera rendimentos, satisfaz necessidades. É também promotora da coesão social, pois contribui para o combate ao desemprego, a luta contra a pobreza e a exclusão social, promove a igualdade de oportunidades e respeita e valoriza a diversidade cultural. Considera-se importante que seja vinculada territorialmente, ou seja, deve ter uma base comunitária, e ser promotora do desenvolvimento local, ou seja, desenvolvendo-se não só pela assistência às pessoas mas também pela criação de emprego. Por último, deve corresponder a um processo de aprendizagem que lhe permita constantemente rever-se a avaliar-se.

Deste modo, é possível prever um aumento do número de IPSS, assim como do número de funcionários e clientes, devido à menor disponibilidade de tempo por parte das famílias para cuidar isoladamente dos seus idosos, ao aumento de casos de exclusão social e ao envelhecimento progressivo da população.

Assim, as principais respostas possíveis são: de saúde (hospitais, cuidados continuados, cuidados domiciliários integrados) ou sociais (lares, centros de dia e serviço de apoio domiciliário). As respostas sociais possíveis para o apoio a idosos em caso de perda da sua autonomia são: a família, cuidadores informais, serviços ao domicílio e instituições. De todas estas, as mais relevantes para este trabalho são as instituições, maioritariamente de cariz social. Estas podem assumir-se sob a forma de associações de solidariedade social, associações de voluntários de ação social, associações de socorros mútuos, fundações de solidariedade social, ou irmandades da misericórdia. A maioria das IPSS em Portugal está ligada à Igreja Católica por intermédio dos Párcos que, em paralelo com a atividade ligada à paróquia, são os responsáveis pelos centros sociais e paroquiais onde vários serviços de índole social são prestados. Tal é o caso das IPSS abordadas neste concelho em estudo.

Neste trabalho, foram abordados os lares, embora existam igualmente no concelho outras instituições de resposta comunitária (Centros de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário).

Na dinâmica dos cuidados formais, é fundamental que estas respostas sociais reúnam um conjunto de características que possam constituir o ponto de partida para a promoção da qualidade de vida dos seus clientes, permitindo dar resposta ao crescente número de idosos e população carenciada.

A parceria entre o estado e o setor privado de solidariedade social é longa, integrando o espírito do pacto de cooperação para a solidariedade social e da lei de bases da segurança social, estabelecido pelo Decreto-Lei nº 64/2007 de 14 de Março de 2007. As IPSS têm uma

representação decisiva na ação social em Portugal pois, segundo Lucas et al (2009), estas são empresas sociais específicas do contexto português que formam um *quasi-market* da ação social, para fazer chegar à população as prestações de proteção social garantidas nas políticas públicas. Assim as empresas do sector social são caracterizadas por aspetos de natureza e funcionamento estruturantes, e, segundo considera Lucas et al (2009), o tipo ideal de empresas sociais, são as organizações que cumprem os seguintes critérios:

- Criação por iniciativa coletiva;
- Finalidade de apoio à comunidade;
- Orientação no longo prazo para a pluralidade das partes interessadas;
- Gestão democrática (não baseada na propriedade do capital);
- Prestação (produção ou distribuição) continuada de bens ou serviços individualizados;
- Capacidade empregadora;
- Elevado grau de autonomia;
- Assunção de um risco económico real;
- Distribuição limitada de resultados.

Os atuais desafios das IPSS surgem nas relações internas organizacionais de natureza horizontal e vertical, destacando-se a diversidade de atividades e valências, bem como a prestação de serviços de qualidade, integrados na sua estratégia social e financiamento. Estes desafios refletem-se na assistência prestada aos seus clientes.

Portanto, segundo Martin et al (2006), os equipamentos de apoio formal de internamento para idosos, designados por lares, podem ser definidos como um estabelecimento coletivo de acolhimento, temporário ou permanente, de idosos em situação de vulnerabilidade, que visa o cumprimento de uma série de serviços básicos para a manutenção da qualidade de vida, nomeadamente, a alimentação, os cuidados sanitários e de saúde, o estímulo à integração e à atividade social do idoso. A população-alvo são pessoas com idade igual ou superior a 65 anos cuja situação/problema não lhes permita permanecer no seu meio habitual ou, se tiverem idade inferior a 65 anos, tenham condições excecionais, a considerar caso a caso.

Segundo a Direcção Geral de Acção Social (1996), os objetivos destas instituições passam por:

- Atender e acolher pessoas idosas cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde, não permita resposta alternativa;
- Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos residentes;
- Proporcionar alojamento temporário como forma de apoio à família (doença de um dos elementos, fins de semana, férias e outras);
- Prestar os apoios necessários às famílias dos idosos, no sentido de preservar e fortalecer os laços familiares.

Este organismo realça, ainda, que é importante que o lar esteja inserido na comunidade, seja qual for o modelo de instalações, de modo a permitir a integração social ativa das pessoas idosas.

No guia elaborado pela segurança social para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas, o Manual de Boas Práticas (2005), a palavra Lar desaparece e é substituída por organização ou estrutura residencial, uma organização de pessoas para pessoas que deve ter uma orientação (Missão, Valores, Visão, Estratégia e Cultura Ética) e um projeto institucional, tendo em conta os direitos, princípios e valores do cuidar. De acordo com o referido manual, reforça-se a ideia que o projeto institucional deve passar por uma discussão alargada com todos os interessados, incluindo os residentes, visando a melhoria da sua qualidade de vida, do funcionamento diário da estrutura residencial e a valorização dos recursos humanos no exercício das suas funções quotidianas.

Considera-se, por isso, pertinente esta avaliação da qualidade de vida do idoso institucionalizado tendo em conta a sua perceção, pois permite aos gestores e à direção das instituições refletir se, de fato, a orientação e projeto institucional evoluem favoravelmente e se é necessário repensar a sua abordagem nas diferentes áreas. Para os gestores é fundamental perceber se as diferentes tipologias de serviços sociais estão a ser desenvolvidas de forma articulada com a necessidade efetiva de cuidados. Ou seja, a instituição deverá avaliar as necessidades (implícitas e explícitas) dos seus clientes, bem como as suas expectativas, e averiguar a sua capacidade de dar resposta às mesmas, em função da tipologia de necessidades e da estrutura disponível, ao nível de recursos, meios de resposta e pessoal técnico.

É importante que existam políticas nas instituições que permitam elevada participação das pessoas, com serviços direcionados para os seus clientes e onde os funcionários sejam incentivados a melhorar o seu desempenho.

### **3.2. A importância do ambiente institucional**

No estudo da influência do ambiente sobre o comportamento e desenvolvimento humano destacam-se áreas como a Psicologia Ambiental e a Gerontologia Ambiental.

A Psicologia Ambiental tem em consideração a relação entre a influência que o ambiente envolvente tem sobre o ser humano e as ações tomadas pelo ser humano que alteram o ambiente. De fato, esta disciplina aborda sobretudo o ambiente da forma como é percebido pelo ser humano pois, segundo Fernandez-Ballesteros (1990), apesar do reconhecimento geral da importância do ambiente real, não é possível transpô-lo para o plano empírico, pois, provavelmente devido a dificuldades de operacionalização e medição, na realidade, tem-se trabalhado, fundamentalmente, com o ambiente subjetivo ou percebido. Na Gerontologia Ambiental destacam-se os estudos de Lawton e Kahana sobre a influência ambiental no envelhecimento, que permitiram uma ampla conceptualização das relações interativas entre o ambiente e o comportamento humano.

Geralmente, a institucionalização do idoso num lar é evitada pela família, sendo apenas considerada como a última alternativa. No entanto, nem todas as famílias têm condições económicas e habitacionais que permitam apoiar o seu familiar idoso, existindo também outros fatores, como conflitos ou falta de interesse dos familiares do idoso, ou ainda, a capacidade dos

familiares em contornar as incapacidades decorrentes do envelhecimento do seu familiar idoso. Num estudo de Carvalho e Dias (2011) relativo à adaptação dos idosos institucionalizados foi possível constatar a existência de uma ligação forte entre o ambiente familiar e o processo de adaptação à instituição, sendo o primeiro determinante na integração bem sucedida do idoso. No mesmo estudo verificou-se, ainda, que o meio de onde provêm os idosos tem influência no processo de adaptação, uma vez que são pessoas com uma ligação forte ao local onde nasceram e constituíram família. Assim sendo, a institucionalização provoca uma alteração brusca no meio envolvente do idoso, podendo provocar efeitos negativos na sua QdV, uma vez que vários aspetos do ambiente físico e social estão ligados de forma sentimental durante grande parte da sua vida. Consequentemente, o estudo dos determinantes ambientais que possam influenciar a vida dos idosos pode ser um contributo marcante para melhorar a sua qualidade de vida, quer dentro da instituição, quer pela localização da instituição, possibilitando uma melhor adaptação do idoso se esta se encontrar próxima do local onde viveu.

Num estudo realizado por Silva (2011), constatou-se que os idosos institucionalizados em meio rural sentem que a instituição lhes garante melhoria na sua qualidade de vida. Este estudo defende que é importante valorizar e promover a qualidade de vida dos idosos, através de uma manutenção da sua autonomia, assim como da estimulação motora e intelectual, incentivando os idosos a serem fisicamente e socialmente ativos. No entanto, Carvalho e Dias (2011) constataram que, apesar dos elevados níveis de satisfação relativamente aos cuidados prestados pela instituição e às instalações, os idosos revelaram níveis de insatisfação e tristeza no que toca ao contexto familiar, à falta de autonomia, à existência de doenças e outras limitações físicas. Há que considerar que, apesar de cada idoso comportar uma história de vida, este possui patologias, maioritariamente crónicas, que inevitavelmente conduzem a uma maior probabilidade de limitações, quer sejam físicas, psicológicas ou sociais. No entanto, num outro estudo realizado por Valim *et al* (2011), concluiu-se que os idosos institucionalizados, apesar de terem uma grande perda da capacidade funcional, tinham uma melhor QdV em relação a um outro grupo de idosos não institucionalizados, devido a um maior número de recursos e assistências no lar.

As instituições deparam-se, portanto, com desafios constantes na continuidade da prestação de assistência à população idosa, por trata-se de uma faixa etária bastante heterogénea e não só. Ou seja, para além de procurarem prestar cuidados de qualidade com impacto na saúde física e psicológica dos seus residentes, também deverão proporcionar um espaço físico e um ambiente social agradável para os idosos, a equipa de trabalho e os familiares ou pessoas significativas para os clientes pois, apesar de a QdV percebida dos clientes ser em parte um produto do seu estado de saúde, apoio social e personalidade, as instituições de apoio a idosos podem influenciá-la diretamente através das suas políticas, práticas e ambientes, e, indiretamente, através das suas abordagens na família e na comunidade.

Daí que, e tal como sustenta Kane *et al* (2004), os lares de idosos devam tomar medidas eficazes para melhorar ou manter a qualidade de vida daqueles com maior risco de menor qualidade de vida, incluindo idosos com demência, utentes com risco de morte iminente e aqueles que têm sistemas externos de apoio social limitados. As debilidades que possam surgir do

envelhecimento, incluindo o estado de saúde, poderão ser compensadas mediante um conjunto de alterações ao nível ambiental, quer seja através de estruturas físicas adaptadas, da promoção de recursos psicossociais compensatórios, de espaços planeados para receber idosos portadores de incapacidades físicas, psicocognitivas ou sensoriais, entre outros. Kane (2001) defende, ainda, que os idosos deverão estar melhor informados acerca de aspetos organizativos na instituição para que possam tomar decisões e serem ativos. Acrescenta ainda que o idadismo é dos maiores problemas nas instituições e que estas deveriam receber melhores apoios por parte do governo.

Como a QdV é indubitavelmente subjetiva, é essencial que sejam os próprios idosos a tecer considerações acerca dela. Assim, a informação obtida a partir da avaliação da QdV dos seus clientes, poderá ser usada como garantia de qualidade e do processo de regulamentação da instituição e pode ser utilizada para uma melhoria da qualidade interna. Kane *et al* (2004) considera que os resultados podem ser disponibilizados aos potenciais clientes aquando da seleção de uma instituição de apoio a idosos. Desta forma a avaliação não se restringiria a uma mera avaliação de rotina, complementar à melhoria da gestão, mas seria também uma referência para a população destinatária, permitindo diferenciar as instituições já que os idosos e os seus familiares são cada vez mais exigentes na procura de equipamentos de apoio.

### **Capítulo III: Enquadramento metodológico**

#### **1. Introdução**

A investigação científica surge de forma a dar respostas precisas a questões com relevância que justifiquem um estudo metódico e consistente. A metodologia é um processo racional com a finalidade de dar respostas aos problemas propostos. São diversos os métodos utilizados pelos investigadores, sendo todos fundamentais para a descoberta do conhecimento.

Assim, a realização de um estudo só é possível a partir da definição de objetivos concretos a alcançar, que permitam clarificar a questão inicial que desencadeia a investigação e os conceitos em estudo, uma vez que, antes de se efetuar a recolha de dados devem-se estabelecer os objetivos gerais e específicos da investigação. A delimitação do problema constitui o início de todo o processo de investigação, de forma a dar resposta a questões sobre determinado assunto de interesse.

É facilmente constatável o envelhecimento da população que, devido a vários determinantes, conduz à necessidade crescente da institucionalização dos idosos. Tendo em conta os novos paradigmas acerca do envelhecimento, é importante perceber se os idosos, em contexto de institucionalização, têm qualidade de vida nos diversos aspetos implicados.

Assim, o cerne da investigação deste estudo procura conhecer a qualidade de vida dos idosos institucionalizados no concelho de Vinhais, colocando-se a seguinte questão: “Que qualidade de vida proporciona o contexto institucional aos idosos institucionalizados, no concelho de Vinhais?”.

O principal objetivo deste estudo consiste em:

- Avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas no concelho de Vinhais.

Este trabalho de investigação enquadra-se no tipo de estudo quantitativo, descritivo e transversal. É descritivo pois pretende-se conhecer características de determinada população, tal como refere Fortin (2000), salientando-se a descrição e análise do discurso dos sujeitos, através da aplicação de questionários. Ainda, segundo o mesmo autor, a entrevista é o instrumento privilegiado nos estudos exploratórios e descritivos.

A recolha de dados foi feita num determinado momento para cada indivíduo, tratando-se de uma investigação transversal, segundo Vaz Freixo (2009).

## 2. Instrumento de recolha de dados

Para a aplicação dos questionários foi solicitada e concedida autorização para entrevistar os idosos residentes nas instituições do concelho. A abordagem foi relativamente fácil, uma vez que fui funcionária de algumas das instituições abordadas e já existia uma relação empática com outros funcionários e idosos das outras instituições do concelho.

Para a realização desta investigação foi utilizado um instrumento de recolha de dados validado e de rápida utilização de forma a assegurar uma investigação fidedigna.

De forma a avaliar a qualidade de vida dos idosos, foi solicitada autorização à equipa de trabalho que validou o WHOQOL-Bref para Portugal, que rapidamente respondeu autorizando a utilização do questionário (anexo I). Foi também facultado o suporte digital da análise dos resultados com as respetivas fórmulas (*Statistical Package for Social Sciences – SPSS*), bem como o manual do utilizador e sintaxe, disponível apenas à coordenação do grupo WHOQOL para Portugal ou mediante pedido de autorização para a sua utilização.

As entrevistas para a recolha de dados relativos à qualidade de vida dos idosos institucionalizados foram efetuadas num período de tempo compreendido entre Dezembro de 2012 a Fevereiro de 2013, com a autorização prévia dos responsáveis da instituição (anexo II) e utilizando os questionários WHOQOL-Bref (anexo III). Estes questionários possuem vantagens na medida em que o dispêndio de tempo, na entrega e obtenção de resposta, é curto. De acordo com os procedimentos de administração do instrumento WHOQOL-Bref, a aplicação dos questionários foi efetuada na modalidade de entrevista. Embora utilizando critérios de exclusão na constituição da amostra, praticamente todos os idosos demonstram algumas fragilidades, quer ao nível físico quer ao nível cognitivo, pelo que os questionários foram preenchidos pela investigadora, que registou a opção de cada indivíduo, em contexto de privacidade e evitando interrupções ou interferências do exterior, explicando e esclarecendo todas as dúvidas colocadas.

O questionário WHOQOL-Bref é constituído por duas partes distintas (anexo III). A primeira parte destina-se à caracterização sócio-demográfica dos inquiridos, tendo 2 questões abertas e 5 questões fechadas. A segunda parte é constituída pela Escala de Avaliação da Qualidade de Vida construída pelo grupo WHOQOL, na qual o questionário WHOQOL-Bref, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Serra *et al* (2006) integra 26 questões.

Segundo Serra *et al* (2006), o primeiro domínio refere-se à qualidade de vida de um modo geral e apresenta um item sobre a qualidade de vida e outro sobre a satisfação com a própria saúde. Os 24 pontos restantes estão divididos pelos domínios físico, com 7 itens, psicológico, com 6 itens, social, com 3 itens e meio ambiente com 8 itens, sendo um instrumento que pode ser utilizado na população em geral, seja na população saudável ou com situações clínicas agudas e/ou doenças crónicas.

As respostas de cada participante indicam a sua concordância ou discordância, avaliadas em pontuações de 1 a 5, através da escala Likert. Nos vários domínios, 3 questões são avaliadas de forma invertida e foram recodificadas antes da cotação do instrumento, para que os dados sejam intérpretes fiéis da qualidade de vida.

Quando um conceito é abordado numa investigação designa-se por variável. Segundo Fortin (2000), as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. As variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização numa investigação. Os tipos de variáveis mais frequentes nas obras metodológicas são as variáveis dependentes e as variáveis independentes. A mesma autora refere que a variável independente é aquela que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente. A variável dependente é aquela que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado.

Na caracterização sociodemográfica salientam-se as seguintes variáveis:

- Género.
- Idade.
- Escolaridade.
- Patologias.
- Área de residência anterior à institucionalização.
- Instituição onde reside atualmente.

Após a aplicação do questionário e consequente resposta dos inquiridos, passa-se à análise dos resultados, utilizando para o efeito, o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.

Foi efectuada, de seguida, a pontuação e o tratamento de dados de acordo com o WHOQOL-Bref, respeitando os critérios de avaliação do instrumento, passando-se à análise da estatística descritiva.

### 3. Caracterização da amostra

O universo ou população é um conjunto de objetos, indivíduos ou resultados experimentais, acerca do qual se pretende estudar alguma característica comum, de acordo com Vaz Freixo (2009). Neste caso, a população é constituída por todos os idosos institucionalizados no concelho. No entanto, foram necessários critérios para selecionar a amostra desta população.

A amostra, segundo Vaz Freixo (2009), é uma parcela convenientemente seleccionada do universo (população), ou seja, é um subconjunto do universo. Assim, nem todos os elementos da população reuniam condições que possibilitassem capacidade de compreensão e resposta aos questionários aplicados, daí que a utilização da entrevista como instrumento de recolha de dados fornecesse algumas limitações. Então, o principal critério de inclusão para a entrevista foi o idoso residir num lar de idosos do concelho de Vinhais e o segundo critério foi não apresentarem diagnóstico de demência ou deterioração cognitiva visivelmente incapacitante.

Antes de cada entrevista, os participantes foram esclarecidos acerca do propósito da investigação, explicando as razões e o empenho em investigar sobre esta área. Todos os participantes foram informados que os dados colhidos não seriam indevidamente divulgados. Julgo que a informação verbal sobre o nosso pedido de colaboração na realização das entrevistas foi suficiente, prescindindo de um documento escrito do consentimento informado para cada entrevistado. Contudo, foi redigida uma carta a solicitar o pedido da realização do estudo para cada instituição.

Desta forma, na amostra foram incluídos indivíduos institucionalizados nos lares do concelho de Vinhais, com idade superior a 65 anos, de acordo com a definição de idoso, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (1994), e ainda com capacidade de compreensão das questões colocadas.

A caracterização da amostra foi feita através dos dados obtidos no questionário WHOQOL-Bref (Anexo III).

Na primeira parte (caracterização sócio-demográfica) do questionário WHOQOL-Bref verifica-se que a amostra seleccionada apresenta 24 indivíduos do sexo masculino e 44 indivíduos do sexo feminino, como se é visível na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com o género.

<b>Sexo</b>	<b>Frequência absoluta (N)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>
<b>Masculino</b>	24	35,3
<b>Feminino</b>	44	64,7
<b>TOTAL</b>	68	100,0

Analisando a idade da amostra, constata-se que a idade média dos indivíduos é de 84,59 anos, com idades compreendidas entre os 68 e 99 anos e com um desvio-padrão de 5,99 anos, conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2. Estatística descritiva da idade.

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-padrão
<b>Idade (anos)</b>	68	99	84,59	84,00	5,99

Relativamente ao grau de escolaridade, tal como se pode observar na tabela 3, verifica-se que a maioria não sabe ler nem escrever (41,2%), que 19,1% aprendeu a ler e a escrever, 35,3% frequentou a escolaridade entre o 1º e o 4ºano, 2,9% tem estudos relativos ao 5º e 6º ano de escolaridade e 1,5% tem uma licenciatura (estudos universitários).

Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade.

	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
<b>Não sabe ler nem escrever</b>	28	41,2
<b>Sabe ler e escrever</b>	13	19,1
<b>1º-4º anos</b>	24	35,3
<b>5º-6º-anos</b>	2	2,9
<b>7º-9º anos</b>	0	0,0
<b>10º-12º anos</b>	0	0,0
<b>Estudos universitários</b>	1	1,5
<b>TOTAL</b>	84	100,0

Tendo em conta as patologias referidas, e tal como observado na tabela 4, as mais referidas foram: Diabetes *Mellitus* tipo 2 (19,1%), Hipertensão arterial (44,1%), Depressão (14,7%), e Osteoartrose (11,8%).

Tabela 4. Frequência das patologias predominantes na amostra.

Patologias predominantes	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
<b>Asma</b>	1	1,5
<b>DM tipo 2</b>	13	19,1
<b>HTA</b>	30	44,1
<b>Bronquite</b>	2	3,0
<b>Síndrome vertiginoso</b>	3	4,4
<b>Depressão</b>	10	14,7
<b>DPOC</b>	4	5,9
<b>Osteoartrose</b>	8	11,8

As patologias DM tipo 2 e HTA são as mais predominantes na amostra em geral. Como se verifica na Figura 3, estas são seguidas da Depressão, particularmente na amostra do sexo feminino, enquanto na amostra do sexo masculino as patologias mais predominantes são a HTA e Osteoartrose, seguidas da DM tipo 2.

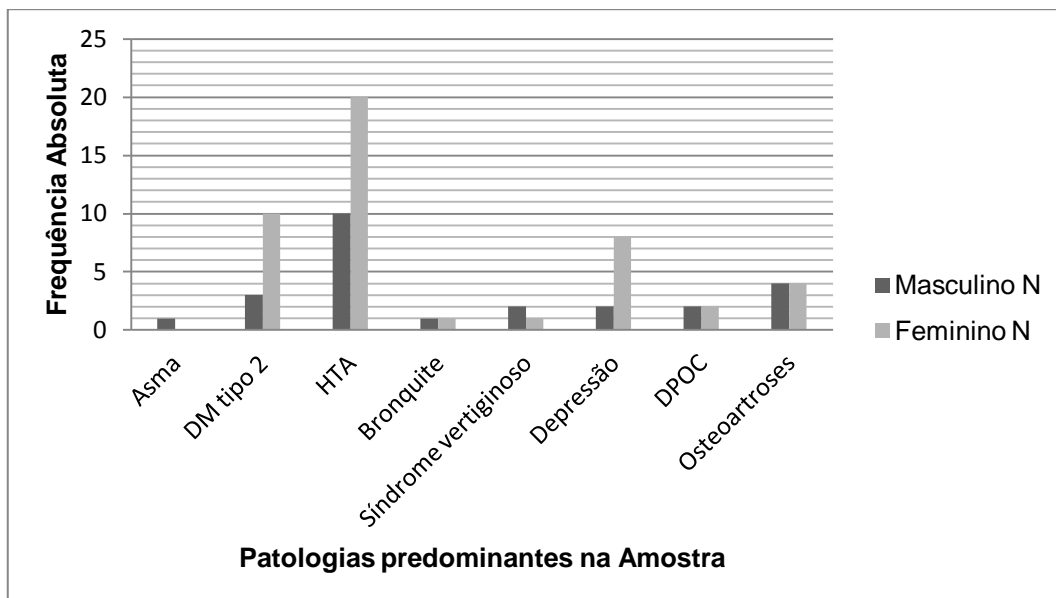


Figura 3. Gráfico representativo da distribuição das frequências absolutas relativas às patologias predominantes em ambos os sexos dos indivíduos da amostra.

Relativamente à área de residência anterior à institucionalização do idoso, constata-se que a maioria pertence ao concelho onde se encontram institucionalizados.

Tabela 5. Distribuição das frequências absolutas, relativamente à área de residência de idosos de diferentes instituições.

Concelho	Instituição					
	SCM Vinhais	CSP Ervedosa	CSP Agrochão	CSP Vila Boa de Ousilhão	CSP Moimenta	Lar Rebordelo
Vinhais	21	11	8	9	6	4
Mirandela	-	1	-	1	-	2
Macedo de Cavaleiros	-	-	2	-	-	-
Torre	-	-	1	-	-	-
D.Chama	-	-	-	-	1	-
Valpaços	-	-	-	-	1	-
Alcobaça	-	-	-	-	1	-

## Capítulo IV: Apresentação e análise dos resultados

### 1. Análise da escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-Bref

Como é possível observar através da análise da tabela 6, os valores do alfa de Cronbach obtidos para cada domínio da referida escala foram: 0,414 para o domínio social, revelando uma consistência interna inadmissível; 0,630 relativo à qualidade de vida em geral, traduzindo-se numa consistência interna muito boa; 0,738 referente ao meio ambiente e 0,778 correspondente ao domínio psicológico, ambas com uma consistência interna razoável; e 0,815 alusivo ao domínio físico que revela uma consistência interna boa. A escala de Likert utilizada na construção do questionário (WHOQOL-Bref) é composta por 5 possibilidades de resposta e os valores mais elevados em cada item revelam melhor qualidade de vida do inquirido. Assim, valores médios em cada item superiores a 3 revelam que o inquirido está satisfeito com a sua qualidade de vida.

Os dois itens do domínio físico – *Actualmente, uma dor física impede-o de fazer o que tem a fazer?* (questão invertida) e *Necessita de tratamento médico na sua vida quotidiana?* (questão invertida) – e o item do domínio psicológico – *Sente frequentemente sentimentos negativos como tristeza, desespero ansiedade ou depressão?* (questão invertida) – demonstram insatisfação por parte dos inquiridos, pois apresentam valores inferiores a 3. Em contrapartida os dois itens do domínio social – *Está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?* e *Está satisfeito com as suas relações pessoais?* – e o item relativo ao meio ambiente – *Está satisfeito com o sítio onde vive?* – revelam grande satisfação nestas áreas, com valores acima de 4,22.

Tabela 6. Valores médios e desvio padrão de cada item da escala WHOQOL-BREF, correlações entre cada item e o total da escala sem esse item e alfa de Cronbach.

	Média	(dp) <sup>(1)</sup>	Correlação <sub>(2)</sub>	$\alpha$ <sup>(3)</sup>	$\alpha$
<b>Domínio Qualidade de Vida – 2 Itens (N=68; 100%)</b>					
Como classifica a sua qualidade de vida?	3,47	0,782	0,460		0,630
Está satisfeito com a sua saúde?	3,00	1,079	0,460		
<b>Subdomínios:</b>					
<b>Físico – 7 Itens (N=68; 100%)</b>					
Actualmente, uma dor física impede-o de fazer o que tem a fazer? (Invertida)	2,68	1,202	0,609	0,785	
Necessita de tratamento médico na sua vida quotidiana? (Invertida)	2,60	0,756	0,322	0,826	
Tem energia suficiente na sua vida quotidiana?	3,13	0,960	0,552	0,795	
Como classifica a sua capacidade física para se deslocar sozinho?	3,06	1,280	0,738	0,758	0,815
Está satisfeito com o seu sono?	3,50	1,140	0,404	0,822	
Está satisfeito com a sua capacidade para realizar as actividades quotidianas?	3,53	0,938	0,631	0,783	
Está satisfeito com a sua capacidade para trabalhar/para realizar as actividades?	3,03	0,977	0,679	0,775	
<b>Psicológico – 6 Itens (N=68; 100%)</b>					
Tem a impressão de gozar a vida?	3,72	0,990	0,673	0,701	
Acha que a sua vida faz sentido?	3,60	1,024	0,562	0,732	
É capaz de se concentrar?	3,51	0,872	0,307	0,791	0,778
Aceita o seu aspecto físico?	3,68	0,742	0,459	0,758	
Está satisfeito de si próprio?	3,85	0,868	0,699	0,700	
Sente frequentemente sentimentos negativos com tristeza, desespero ansiedade ou depressão? (Invertida)	2,90	1,081	0,473	0,759	
<b>Social – 3 Itens (N=68; 100%)</b>					
Está satisfeito com as suas relações pessoais?	4,22	0,666	0,272	0,211	
Está satisfeito com a sua vida sexual?	3,32	0,837	0,090	0,592	0,414
Está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	4,29	0,670	0,351	0,058	
<b>Meio Ambiente – 8 Itens (N=68; 100%)</b>					
Sente-se em segurança na sua vida quotidiana?	3,84	0,956	0,484	0,681	
Acha que o seu ambiente é saudável?	4,03	0,690	0,306	0,716	
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	3,12	0,985	0,290	0,730	
Tem as informações que necessita para fazer face á vida quotidiana?	3,90	0,577	0,622	0,668	0,738
Tem possibilidades de ter actividades de lazer?	3,57	0,834	0,485	0,680	
Está satisfeito com o sítio onde vive?	4,29	0,692	0,439	0,692	
Está satisfeito com o seu acesso aos cuidados médicos/serviços sanitários?	4,12	0,783	0,461	0,686	
Está satisfeito com os seus meios de transporte?	4,04	0,700	0,343	0,709	

(1<sup>o</sup>) dp - desvio padrão. (2) Correlação entre cada questão e o total sem esse item. (3)  $\alpha$  - Alfa de Cronbach se o item for apagado.

Como descrito por Serra *et al* (2006), efetuou-se a soma obtida em cada domínio e posterior reconversão para valores entre 0 e 100, sendo que quanto maior for o valor obtido em cada domínio mais satisfeito estará o idoso com a sua qualidade de vida.

Os valores médios obtidos superiores a 50 (média teórica) demonstram satisfação com a qualidade de vida para cada um dos subdomínios do WHOQOL-Bref. De salientar que em todos os subdomínios, em termos médios, a satisfação dos indivíduos é positiva. No entanto, para o subdomínio físico os idosos manifestaram uma satisfação positiva, mas muito baixa, assim como no domínio da Qualidade de Vida Geral. Relativamente aos subdomínios Social e Meio Ambiente constata-se uma satisfação boa, sendo que nestes casos há indivíduos totalmente satisfeitos (máximo de 100 pontos).

Tabela 7. Estatística descritiva para cada domínio da escala WHOQOL-BREF.

	<b>Média empírica</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Subdomínios:</b>				
<b>Físico</b>	51,891	18,142	10,71	89,29
<b>Psicológico</b>	63,603	16,075	25,00	95,83
<b>Social</b>	73,529	12,547	33,33	100,00
<b>Meio Ambiente</b>	71,599	11,501	43,75	100,00
<b>Domínio Qualidade de Vida Geral</b>	55,882	19,966	12,50	19,966

## 2. Análise inferencial

Quanto ao domínio geral, no item *Como classifica a sua qualidade de vida?*, a maioria dos inquiridos (42,6%) classifica a sua qualidade de vida com boa, seguida da classificação nem boa nem má (39,7%). Relativamente ao género, a classificação da sua qualidade de vida em geral é idêntica, como se pode constatar na tabela 8, embora seja sugerido uma melhor perspectiva por parte dos homens.

Segundo Moroco (2007), o teste de Fisher é um teste paramétrico potente quando se pretende comparar duas amostras independentes de pequena dimensão quanto a uma variável nominal dicotómica agrupadas em tabelas de contingência 2 x 2. No entanto, segundo o mesmo autor, embora seja tradicionalmente usado só para este tipo de tabela, em rigor o teste pode ser aplicado a qualquer tipo de tabelas de contingência.

Assim, pela aplicação do teste exato de Fisher (tabela de resultado no anexo IV) obteve-se um valor de prova de 0,465. Pode-se concluir, então, que a um nível de significância de 5%, existe evidência estatística suficiente para afirmar que a classificação da qualidade de vida em geral não está significativamente associada ao género do indivíduo.

Tabela 8. Descrição da satisfação com a qualidade de vida em geral, relativamente ao género.

		Sexo		Total	
		Masculino	Feminino		
Como classifica a sua qualidade de vida?		Frequência absoluta (N)	1	6	7
	<b>Má</b>	Frequência relativa (%) Sexo	4,2	13,6	10,3
		Frequência relativa (%) Total	1,5	8,8	10,3
	<b>Nem boa nem má</b>	Frequência absoluta (N)	10	17	27
		Frequência relativa (%) Sexo	41,7	38,6	39,7
		Frequência relativa (%) Total	14,7	25,0	39,7
	<b>Boa</b>	Frequência absoluta (N)	10	19	29
		Frequência relativa (%) Sexo	41,7	43,2	42,6
		Frequência relativa (%) Total	14,7	27,9	42,6
	<b>Muito boa</b>	Frequência absoluta (N)	3	2	5
		Frequência relativa (%) Sexo	12,5	4,5	7,4
		Frequência relativa (%) Total	4,4	2,9	7,4
<b>Total</b>	Frequência absoluta (N)	24	44	68	
	Frequência relativa (%) Sexo	100,0	100,0	100,0	
	Frequência relativa (%) Total	35,3	64,7	100,0	

No outro item do domínio geral, *Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?*, a maioria dos inquiridos demonstra estar satisfeito com a sua saúde (32,4%). Em relação ao género, a maioria dos indivíduos do sexo masculino está satisfeita com a saúde (50,0%), ao passo que no sexo feminino a maior percentagem (38,6%) está insatisfeita com a sua saúde.

Pela aplicação do teste exato de Fisher (tabela de resultado no anexo IV) obteve-se o valor de prova de 0,024. Logo pode-se concluir que, a um nível de significância de 5%, existe evidência estatística suficiente para afirmar que a satisfação com a saúde está significativamente associada ao género do indivíduo.

Tabela 9. Descrição da satisfação com a saúde, relativamente ao género.

		Sexo			
		Masculino	Feminino	Total	
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	<b>Muito Insatisfeito</b>	Frequência absoluta (N)	0	5	5
		Frequência relativa (%) Sexo	0,0	11,4	11,4
		Frequência relativa (%) Total	0,0	7,4	7,4
	<b>Insatisfeito</b>	Frequência absoluta (N)	3	17	20
		Frequência relativa (%) Sexo	12,5	38,6	29,4
		Frequência relativa (%) Total	4,4	25,0	29,4
	<b>Nem satisfeito nem insatisfeito</b>	Frequência absoluta (N)	7	10	17
		Frequência relativa (%) Sexo	29,2	22,7	25,0
		Frequência relativa (%) Total	10,3	14,7	25,0
	<b>Satisfeito</b>	Frequência absoluta (N)	12	10	22
		Frequência relativa (%) Sexo	50,0	22,7	32,4
		Frequência relativa (%) Total	17,6	14,7	32,4
<b>Muito Satisfeito</b>	Frequência absoluta (N)	2	2	4	
	Frequência relativa (%) Sexo	8,3	4,5	5,9	
	Frequência relativa (%) Total	2,9	2,9	5,9	
<b>Total</b>	Frequência absoluta (N)	24	44	68	
	Frequência relativa (%) Sexo	100,0	100,0	100,0	
	Frequência relativa (%) Total	35,3	64,7	100,0	

Na tabela 10 encontra-se a caracterização dos subdomínios: Físico, Psicológico, Social e Meio Ambiente e do domínio Qualidade de Vida Geral em função do género dos indivíduos. Também se apresentam os resultados do teste de Levene para comparação das variâncias populacionais e os resultados do teste paramétrico *t-student*.

Constata-se que, de modo geral, no domínio da qualidade de vida geral e no subdomínios os indivíduos do sexo masculino estão consideravelmente mais satisfeitos, apresentando também menor dispersão de resposta, com exceção dos subdomínios Psicológico e Meio Ambiente.

Uma vez que a amostra do sexo masculino é de reduzida, foi necessário testar a normalidade das distribuições de cada subdomínio e domínio. Assim sendo, recorreu-se ao teste Kolmogorov Smirnov (tabela de resultado no anexo IV) e concluiu-se que os valores de prova obtidos são superiores ao nível de significância considerado (5%), daí que se assumiu que as amostras recolhidas são provenientes de populações aproximadamente normais.

Para a amostra do sexo feminino não foi necessário testar a normalidade pois a amostra é superior a 30 elementos ( $N > 30$ ) cumprindo, igualmente, os pressupostos para aplicação de testes paramétricos.

Pela aplicação do teste de Levene e a um nível de significância de 5% assumimos que as variâncias populacionais são idênticas para cada subdomínio e domínio relativamente ao género.

De forma a comparar os resultados médios entre indivíduos de género diferente recorreu-se ao teste paramétrico *t-student*. Atendendo aos resultados do referido teste, verifica-se que, a um nível de significância de 5%, existe evidência estatística suficiente para afirmar que, em termos médios, a satisfação sentida no subdomínio Físico e no domínio Qualidade de Vida Geral é significativamente diferente entre indivíduos do sexo masculino e indivíduos do sexo feminino.

Tabela 10. Caracterização do domínio da qualidade de vida geral e dos subdomínios em função do género.

	Sexo	N	Média	Desvio padrão	Valor p teste Levene	Valor p teste <i>t-student</i>
<b>Subdomínios:</b>						
<b>Físico</b>	Masculino	24	59,077	15,832	0,457	0,015*
	Feminino	44	47,971	18,282		
<b>Psicológico</b>	Masculino	24	66,319	16,481	0,862	0,307
	Feminino	44	62,121	15,842		
<b>Social</b>	Masculino	24	74,306	12,510	0,979	0,709
	Feminino	44	73,106	12,691		
<b>Ambiente</b>	Masculino	24	73,047	11,758	0,986	0,447
	Feminino	44	70,810	11,416		
<b>Domínio Qualidade de Vida Geral</b>	Masculino	24	64,583	17,549	0,450	0,007**
	Feminino	44	51,136	19,777		

\*Significância a 5%; \*\*Significância a 1%

Na tabela 11 encontra-se a caracterização dos subdomínios: Físico, Psicológico, Social e Meio Ambiente e do domínio Qualidade de Vida Geral em função da faixa etária dos indivíduos. Também se apresentam os resultados do teste de Levene para comparação das variâncias populacionais dos resíduos e os resultados do teste paramétrico Anova.

Relativamente ao subdomínio Físico observa-se, em termos médios, que os indivíduos mais satisfeitos são os que têm idade superior a 90 anos (média de 56,429) e são também estes os que apresentam menor disparidade nas respostas (desvio padrão de 14,463). Os indivíduos na faixa etária dos 81 aos 85 anos são os se sentem mais insatisfeitos (média de 48,137), dado que o valor médio observado é inferior a 50 pontos.

Quanto ao subdomínio Psicológico verifica-se, em termos médios, que os indivíduos mais satisfeitos são os que têm idade compreendida entre os 86 e os 90 anos (média de 67,917) e os que estão menos satisfeitos são os que tem idade compreendida entre os 81 e 85 anos (média de 59,783).

Relativamente ao subdomínio social verifica-se que, em termos médios, a satisfação é muito idêntica entre indivíduos de faixas etárias diferentes, e também se pode afirmar que neste subdomínio os indivíduos apresentam maiores indícios de satisfação.

No subdomínio Meio Ambiente verifica-se, em termos médios, que os indivíduos mais satisfeitos estão na faixa etária dos 65 até aos 80 anos (média de 73,750) e os menos satisfeitos têm idade superior a 90 anos (média de 66,563).

Quanto ao domínio Qualidade de Vida Geral verifica-se que, em termos médios, os indivíduos mais satisfeitos são os que têm mais idade, ou seja, os que têm mais de 90 anos, (média de 67,500) e também são estes os que apresentam maior concordância de resposta (desvio padrão de 15,811). Neste domínio os indivíduos insatisfeitos são os que têm idades compreendidas entre os 81 e os 85 anos (média de 46,739).

Pela aplicação do teste de Levene, a um nível de significância de 5%, assumimos que existe homogeneidade nas variâncias dos erros dos modelos para cada subdomínio e domínio relativamente à faixa etária, com exceção do subdomínio Social. Pela aplicação do teste Kolmogorov Sminorv (anexo IV) verifica-se que existe distribuição normal das amostras, com exceção do subdomínio social.

De forma a comparar os resultados médios entre indivíduos de faixas etárias diferentes, para os subdomínios Físico, Psicológico, Ambiente e o domínio da Qualidade de Vida Geral, recorreu-se ao teste paramétrico Anova. Verificando-se que, a um nível de significância de 5%, existe evidência estatística suficiente para afirmar que, em média, a satisfação sentida no domínio Qualidade de Vida Geral é significativamente diferente entre indivíduos de diferentes faixas etárias.

No caso do subdomínio Social recorreu-se ao teste não paramétrico Kruskal-Wallis (anexo IV), alternativo ao teste paramétrico Anova.

Uma vez que as amostras são desequilibradas, recorreu-se ao teste de comparações múltiplas de Scheffé de forma a detetar, para o domínio da Qualidade de Vida Geral, entre que faixas etárias as diferenças observadas apresentam relevância estatística. Pela aplicação do referido teste e assumindo o nível de significância de 5% verifica-se que é entre as faixas etárias 81 a 85 anos e acima dos 90 anos que as diferenças observadas são estatisticamente significativas.

Tabela 11. Caracterização do domínio da Qualidade de vida geral e dos subdomínios em função da faixa etária.

	Faixa etária	N	Média	Desvio padrão	Valor p teste Levene	Valor p teste Anova
<b>Subdomínios:</b>						
<b>Físico</b>	Até 80 anos	15	54,048	22,339	0,309	0,617
	De 81 a 85	23	48,137	18,647		
	De 86 a 90	20	52,321	16,109		
	Mais de 90	10	56,429	14,463		
<b>Psicológico</b>	Até 80 anos	15	65,000	16,800	0,375	0,399
	De 81 a 85	23	59,783	17,571		
	De 86 a 90	20	67,917	11,793		
	Mais de 90	10	61,667	18,717		
<b>Social</b>	Até 80 anos	15	73,889	18,598	0,008	0,924 <sup>a</sup>
	De 81 a 85	23	73,913	9,829		
	De 86 a 90	20	72,917	8,496		
	Mais de 90	10	73,333	15,615		
<b>Ambiente</b>	Até 80 anos	15	73,750	13,089	0,777	0,452
	De 81 a 85	23	71,332	11,488		
	De 86 a 90	20	72,813	11,157		
	Mais de 90	10	66,563	9,666		
<b>Domínio Qualidade de Vida Geral</b>	Até 80 anos	15	55,833	22,592	0,463	0,022*
	De 81 a 85	23	46,739	18,160		
	De 86 a 90	20	60,625	18,261		
	Mais de 90	10	67,500	15,811		

\*Significância a 5%; \*\*Significância a 1%; a - resultado teste não paramétrico Kruskal-Wallis

Na tabela 12 encontra-se a caracterização dos subdomínios: Físico, Psicológico, Social e Ambiente e do domínio Qualidade de Vida Geral, em função da instituição que os indivíduos frequentam. Também se apresentam os resultados do teste de Levene para comparação das variâncias populacionais e os resultados do teste paramétrico Anova.

Relativamente ao subdomínio Físico observa-se, em termos médios, que os indivíduos mais satisfeitos são os que se encontram na Santa Casa da Misericórdia de Vinhais (média 58,503), seguindo-se os indivíduos do CSP de Moimenta (média 51,786). Os indivíduos das instituições: CSP Ervedosa, CSP Agrochão e Lar Rebordelo são os que estão menos satisfeitos (médias de 48,512; 46,753 e 47,024, respetivamente), mais concretamente estão, em termos médios, insatisfeitos (dado que o valor médio observado é inferior a 50 pontos).

Quanto ao subdomínio Psicológico verifica-se, em média, que os indivíduos mais satisfeitos são das instituições: CSP Moimenta e Santa Casa da Misericórdia de Vinhais (média de 69,792 e 68,849, respetivamente) e os que estão menos satisfeitos são os indivíduos do Lar Rebordelo (média de 49,306).

Relativamente ao subdomínio social verifica-se que, em termos médios, a satisfação é relativamente elevada entre indivíduos das diferentes instituições, destacando-se os utentes do CSP Moimenta (média de 81,250).

No que concerne ao subdomínio Ambiente verifica-se, que os indivíduos mais satisfeitos são do CSP Moimenta e da Santa Casa da Misericórdia de Vinhais (média de 87,109 e 75,446, respetivamente) e os menos satisfeitos são do Lar Rebordelo (média de 58,333).

Quanto ao domínio Qualidade de Vida Geral tem-se, em média, que os indivíduos mais satisfeitos são do CSP Moimenta e da Santa Casa da Misericórdia de Vinhais (média de 60,938 e 61,310, respetivamente) e os menos satisfeitos são do Lar Rebordelo (média de 45,833).

Pela aplicação do teste de Levene, a um nível de significância de 5% assume-se que existe homogeneidade nas variâncias dos erros dos modelos para cada subdomínio, com exceção do domínio da Qualidade de Vida Geral. A normalidade da população verificou-se através do teste de Kolmogorov Smirnov (anexo IV). Os modelos estimados são estatisticamente válidos, com exceção do modelo Anova do subdomínio Social e do domínio da Qualidade de Vida Geral.

Assim, atendendo aos resultados do teste paramétrico Anova verifica-se que, a um nível de significância de 5%, existe evidência estatística suficiente para afirmar que, em termos médios, a satisfação sentida nos subdomínios Social e Ambiente é significativamente diferente entre indivíduos de diferentes instituições.

No caso do subdomínio Social e do domínio da Qualidade de Vida recorreu-se ao teste não paramétrico Kruskal-Wallis, alternativo ao teste paramétrico Anova.

Dado que as amostras são desequilibradas, recorreu-se ao teste de comparações múltiplas de Scheffé de forma a detetar para os subdomínios Social e Ambiente as instituições entre as quais as diferenças observadas apresentam relevância estatística. Pela aplicação do referido teste, assumindo um nível de significância de 5%, verifica-se que não é possível identificar tais diferenças no subdomínio Social (anexo IV). Relativamente ao subdomínio Ambiente conclui-se que as diferenças estatisticamente significativas acontecem entre o CSP Moimenta e todas as outras instituições.

Tabela 12. Caracterização do domínio da Qualidade de vida geral e dos subdomínios em função da instituição.

	Instituição	N	Média	Desvio padrão	Valor p teste Levene	Valor p teste t
<b>Subdomínios:</b>						
<b>Físico</b>	SCM Vinhais	21	58,503	20,901	0,069	0,483
	CSP Ervedosa	12	48,512	22,917		
	CSP Agrochão	11	46,753	11,786		
	CSP Ousilhão	10	50,714	14,850		
	CSP Moimenta	8	51,786	11,922		
	Lar Rebordelo	6	47,024	18,269		
<b>Psicológico</b>	SCM Vinhais	21	68,849	19,526	0,075	0,083
	CSP Ervedosa	12	61,111	15,421		
	CSP Agrochão	11	64,394	11,691		
	CSP Ousilhão	10	58,333	13,749		
	CSP Moimenta	8	69,792	6,588		
	Lar Rebordelo	6	49,306	15,683		
<b>Social</b>	SCM Vinhais	21	75,397	16,132	0,050	0,028 <sup>a</sup>
	CSP Ervedosa	12	66,667	7,946		
	CSP Agrochão	11	71,970	7,703		
	CSP Ousilhão	10	74,167	13,293		
	CSP Moimenta	8	81,250	3,858		
	Lar Rebordelo	6	72,222	15,516		
<b>Ambiente</b>	SCM Vinhais	21	75,446	7,985	0,606	<0,001 <sup>**</sup>
	CSP Ervedosa	12	73,438	7,827		
	CSP Agrochão	11	67,330	8,656		
	CSP Ousilhão	10	61,563	7,940		
	CSP Moimenta	8	87,109	6,347		
	Lar Rebordelo	6	58,333	12,448		
<b>Domínio Qualidade de Vida Geral</b>	SCM Vinhais	21	61,310	18,918	0,019	0,389 <sup>a</sup>
	CSP Ervedosa	12	58,333	26,292		
	CSP Agrochão	11	50,000	16,771		
	CSP Ousilhão	10	50,000	14,434		
	CSP Moimenta	8	60,938	12,388		
	Lar Rebordelo	6	45,833	28,137		

\*Significância a 5%; \*\*Significância a 1%; a - resultado teste não paramétrico Kruskal-Wallis

Procedendo-se à correlação entre o domínio e os subdomínios é possível quantificar a intensidade e direção da associação entre eles. Assim, tal como indica a tabela 13, os maiores valores de correlação acontecem entre o domínio da qualidade de vida geral e os subdomínios físico, psicológico e meio ambiente. Destacam-se, ainda, as fortes correlações entre o subdomínio físico e psicológico, e o subdomínio social com os subdomínios psicológico e do meio ambiente.

Tabela 13. Correlações do domínio e subdomínios, através do coeficiente correlação de Spearman.

<b>Domínio Qualidade de Vida Geral</b>					
Coeficiente Correlação de Spearman	1,000	0,592**	0,518**	0,287*	0,423**
<i>p</i>	.	<0,001	<0,001	0,018	<0,001
<i>n</i>	68	68	68	68	68
<b>Subdomínio Físico</b>					
Coeficiente Correlação de Spearman		1,000	0,476**	0,305*	0,255*
<i>p</i>		.	<0,001	0,011	0,036
<i>n</i>		68	68	68	68
<b>Subdomínio Psicológico</b>					
Coeficiente Correlação de Spearman			1,000	0,463**	0,380**
<i>p</i>			.	<0,001	0,001
<i>n</i>			68	68	68
<b>Subdomínio Social</b>					
Coeficiente Correlação de Spearman				1,000	0,403**
<i>p</i>				.	0,001
<i>n</i>				68	68
<b>Subdomínio Meio Ambiente</b>					
Coeficiente Correlação de Spearman					1,000
<i>p</i>					.
<i>n</i>					68
	<b>Domínio</b>	<b>Subdomínio</b>	<b>Subdomínio</b>	<b>Subdomínio</b>	<b>Subdomínio</b>
	<b>Qualidade</b>	<b>Físico</b>	<b>Psicológico</b>	<b>Social</b>	<b>Meio</b>
	<b>de Vida</b>				<b>Ambiente</b>
	<b>Geral</b>				

\*\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

### 3. Discussão dos resultados

Uma parte fundamental deste trabalho é a confrontação dos resultados obtidos com os resultados de outros estudos e a opinião de alguns autores, permitindo dar resposta às questões colocadas inicialmente.

Como referido, a amostra selecionada é constituída por 68 indivíduos, 24 do sexo masculino e 44 do sexo feminino, com idades entre os 68 e os 99 anos, sendo a idade média de 84,59 anos e com um desvio-padrão de 5,99 anos.

Segundo o INE (2011), em Portugal, a proporção da população com idade igual ou superior a 65 anos é, em 2011, de 19%. Este valor contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% da década anterior. Em 2011, o índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem, sendo este agravamento comum à generalidade do território nacional, particularmente no concelho de Vinhais, que é dos 12 concelhos com maior índice de envelhecimento. A elevada idade média vai de encontro ao verificado em vários estudos tais como o de Almeida (2008) e o de Silva (2011)

Ainda tendo em conta o INE (2011), constata-se um predomínio do número de mulheres face ao número de homens e essa preponderância é reforçada à medida que a idade avança, podendo estes resultados serem explicados pela sobremortalidade da população masculina e a menor esperança de vida à nascença dos homens relativamente às mulheres. Levenson (2001) citado por Almeida (2008), acrescenta mesmo que pertencer ao sexo feminino é um fator de risco para a institucionalização.

Tendo em conta o grau de escolaridade, verifica-se que a maioria não sabe ler nem escrever (41,2%), 19,1% aprendeu a ler e a escrever, 35,3% frequentou a escolaridade entre o 1º e o 4º ano, 2,9% tem estudos relativos ao 5º e 6º ano de escolaridade e 1,5% tem uma licenciatura (estudos universitários). O INE (2011) refere que o nível de instrução atingido pela população em Portugal progrediu de forma muito expressiva na última década. No entanto, na faixa etária com idade igual ou superior a 65 anos é, ainda, muito baixo, tal como indicam os resultados obtidos.

As patologias DM tipo 2 e HTA são as mais predominantes na amostra em geral, seguidas da depressão, particularmente na amostra do sexo feminino, enquanto na amostra do sexo masculino as patologias mais predominantes são a HTA e osteoartrose, seguidas da DM tipo 2.

Estes resultados estão de acordo com a análise realizada pela DGS (2004), que faz referência à elevada incidência de HTA e Diabetes *Mellitus* e, ainda, uma predominância de casos de depressão nos idosos, acrescentando que 28% das pessoas com idade igual ou superior a 85 anos tomam medicamentos para dormir.

Estes resultados são consistentes com os de outros estudos realizados na população idosa portuguesa, como por exemplo, no estudo exploratório efectuado por Paúl (1993) e no estudo de Santos (2002), nos quais existiam um número considerável de idosos com perturbações depressivas.

Neste estudo, verificou-se que a maioria dos idosos institucionalizados é natural do concelho onde se encontram as instituições. Sendo relevante que estas estejam inseridas na

comunidade, estabelecendo condições que permitam um intercâmbio entre esta e os idosos institucionalizados.

Uma vez que, segundo Melo (1998), os principais fatores que contribuem para o isolamento do idoso são os filhos que trabalham e não têm tempo para estar com os pais, que necessitam de grande apoio físico, psicológico e social, ou as localidades de residência que, por serem afastadas, não permitem a manutenção de laços afectivos entre os membros da família. Sempre que possível, muitas famílias escolhem institucionalizar o idoso, como resolução dos problemas, quer por falta de tempo para cuidar do idoso, quer pelas alegadas barreiras arquitectónicas que dificultam a sua mobilidade e segurança, em sua casa ou na casa de familiares.

No entanto, na opinião de Nina e Paiva (2001), a família representa o pilar de equilíbrio emocional face às contingências do declínio biopsíquico, representando uma unidade social de extrema importância no apoio e resolução de problemas biopsicossociais, individuais e colectivos, podendo também ser da mesma forma a origem de doenças e conflitos.

Assim, é importante que a família mantenha uma presença ativa no quotidiano do seu familiar idoso. Se a instituição se encontra próxima da sua área de residência facilita o relacionamento deste com a sua família ou, se esta estiver longe permite, pelo menos, o contato com a sua rede social.

Relativamente às questões colocadas pelo instrumento de recolha de dados WHOQOL-Bref destacam-se, pela negativa, os dois itens do domínio físico – *Actualmente, uma dor física impede-o de fazer o que tem a fazer?* (questão invertida) e *Necessita de tratamento médico na sua vida quotidiana?* (questão invertida) – e o item do domínio psicológico – *Sente frequentemente sentimentos negativos como tristeza, desespero ansiedade ou depressão?* (questão invertida) – pois foi nestes itens que os inquiridos revelaram insatisfação.

Bowling (1995) citado por Fleck *et al* (2003), tendo como propósito questionar os idosos acerca do que estes julgam ser importante na determinação da sua qualidade de vida, entrevistou um conjunto de sujeitos da comunidade, com idades distintas e com e sem doenças. Desta forma, verificou que, os idosos distinguiram-se das restantes faixas etárias pois atribuíam menor relevância às actividades laborais e maior importância à saúde que os jovens. Daí que estes considerem necessitar de maiores cuidados médicos na sua vida quotidiana. Para além disso, devido à maior longevidade das pessoas, há uma maior probabilidade de terem várias patologias associadas à incapacidade e dependência. Estas estão, frequentemente, associadas à existência de dor. Figueiró e Cosentino (2006) referem que, apesar de faltarem estudos mais consistentes acerca da dor nas pessoas idosas, a prevalência deste sintoma pode variar de 73% a 80%. E, obviamente, como evidenciado pelas respostas ao item *Actualmente, uma dor física impede-o de fazer o que tem a fazer?*, este sintoma afeta as tarefas da vida diária e, conseqüentemente, a qualidade de vida da pessoa.

Perante a insatisfação das respostas dadas ao item *Sente frequentemente sentimentos negativos com tristeza, desespero ansiedade ou depressão?*, e como a depressão é uma das patologias mais verificadas nesta amostra, pode-se inferir que esta, quando surge, poderá ser uma

repetição de uma crise depressiva cujo surto inicial aconteceu há anos ou mesmo crises recorrentes, associadas ao aparecimento de outras patologias (crónicas) e/ou limitações físicas crescentes, pois vários idosos referem, de forma depreciativa, sofrer de muitos dos problemas vulgarmente associados à velhice: não ouvir bem, não ver bem, dificuldade em andar, ter dores, não ter forças, entre outras. É comum referir que com a idade vêm as doenças ou, por exemplo, como referido por um inquirido, “com a idade vem tudo que é ruim”. Este negativismo pode ainda dever-se a modificações psicológicas e sociais como, por exemplo, a vida institucional, a perda e afastamento de familiares ou amigos próximos. Alguns deles revelam alguma desilusão pela quebra dos laços afetivos, o afastamento de familiares e amigos, bem como da casa onde viveram grande parte da sua vida, apesar de reconhecerem que têm melhores condições ambientais e melhor assistência na instituição onde se encontram. Foi comum, aliás, alguns deles referirem, por exemplo, que “queria estar em minha casa mas já não tenho condições para estar sozinha”, “agora já não tenho forças para fazer nada”, “já não servimos para nada” ou “gostava de estar em minha casa ou ao pé dos filhos, mas eles não podem, têm a vida deles”.

Em contrapartida, destacam-se pela positiva, os dois itens do domínio social – *Está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?* e *Está satisfeito com as suas relações pessoais?* – e o item relativo ao meio ambiente – *Está satisfeito com o sítio onde vive?* – pois revelam grande satisfação nestas áreas.

Estes resultados vão de encontro ao de vários estudos como o realizado por Silva (2011), Carvalho e Dias (2011) e Valim *et al* (2011) onde se constatou que os idosos institucionalizados percebem uma melhoria na sua qualidade de vida e maior satisfação relativamente ao apoio prestado pela instituições e às condições físicas que estas proporcionam.

Ainda, neste estudo, denotou-se que os idosos inquiridos pensavam nos funcionários da instituição e noutros idosos institucionalizados como sendo seus amigos e, inevitavelmente, parte dominante da sua rede de suporte social.

De fato, os valores médios revelam satisfação em todos os subdomínios da qualidade de vida, maior no subdomínio social e menor no subdomínio físico. Assim, a maioria dos inquiridos revela estar satisfeito com a sua qualidade de vida no geral, bem como com a sua saúde. A baixa satisfação no subdomínio físico deve-se à perda de autonomia, sendo muito valorizada pelos idosos inquiridos, pois a grande maioria dos entrevistados tem um passado ligado à agricultura e portanto com uma conotação de força física, autonomia e liberdade ainda muito presentes. Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Silva (2011), e tal como referido por Paúl (2006), um dos motivos pelos quais o idoso ingressa no lar é devido à sua crescente limitação física e/ou problemas de saúde graves.

Relativamente à satisfação com a saúde há diferenças estatísticas entre sexos pois a maioria das mulheres revela insatisfação enquanto a maioria dos homens refere estar satisfeito. Também a satisfação média, sentida no subdomínio Físico e no domínio Qualidade de Vida Geral é significativamente diferente entre indivíduos do sexo masculino e indivíduos do sexo feminino.

As mulheres poderão apresentar valores de incapacidade superior, provavelmente, por terem uma vida, em média, mais longa do que os homens, se for considerado que a autonomia diminui com a idade.

Relativamente à faixa etária dos indivíduos entrevistados existem diferenças, estatisticamente significativas entre elas no que concerne à satisfação com a qualidade de vida no geral, destacando-se as diferenças entre os indivíduos pertencentes à faixa etária dos 81 aos 85 anos, que se revelam insatisfeitos, e os indivíduos com idade igual ou superior a 90 anos, que são os mais satisfeitos.

Facilmente se constata que, com o avançar da idade, existe maior probabilidade de surgirem problemas de saúde e maior dependência nas atividades diárias e, tal como verificou Almeida (2008), a qualidade de vida diminui com a idade. Em concordância, neste estudo a qualidade de vida no geral piora com a idade até aos 85 anos, mas depois desta idade a satisfação com a qualidade de vida melhora. Isto leva-nos a crer que os idosos com idade avançada (igual ou superior a 90) se encontram de alguma forma conformados com as alterações ocorridas com o avançar da idade e estão adaptados à sua vida na instituição.

Tendo em conta a instituição onde vivem os inquiridos, em relação à qualidade de vida no geral e em todos os subdomínios (físico, social, psicológico e ambiental), os menos satisfeitos são os idosos residentes na Estalagem Geriátrica de Rebordelo. O CSP de Moimenta e a SCM de Vinhais destacam-se pela maior satisfação revelada pelos seus residentes no domínio geral da qualidade de vida, bem como nos seus subdomínios.

Em média, os idosos inquiridos estão satisfeitos com a instituição onde vivem, tal como indicam as respostas ao item *Está satisfeito com o local onde vive?* (4,29 pontos). No entanto, se verificarmos a satisfação com a qualidade de vida relativamente à instituição onde se encontram, é possível constatar diferenças significativas. O CSP de Moimenta é a instituição mais recente, tem cerca de dois anos de funcionamento, ao passo que a SCM de Vinhais é a instituição de apoio aos idosos, mais antiga de todas.

Pela realidade conhecida, todas as instituições proporcionam melhoria nas condições habitacionais dos idosos pois a grande maioria, como foi anteriormente referido, são de origens humildes com ligações à agricultura. Para além disso, o aumento das limitações inerentes ao envelhecimento associado à indisponibilidade da família, tornam cruciais o apoio prestado pelas instituições nas atividades diárias dos idosos. As diferenças verificadas na satisfação com a qualidade de vida entre os idosos residentes nas diferentes instituições podem dever-se a questões organizativas, que não proporcionam a autonomia dos idosos, mas também à localização afastada local onde residiam anteriormente.

Os idosos, muitas vezes, temem que a sua ida para um lar diminua a sua independência. O facto de existirem pesquisas que sugerem que estar num lar torna os idosos menos capazes de manter a sua autonomia e qualidade de vida, como refere McCormack (2001) é um alerta para os profissionais, uma vez que a intervenção ao nível da autonomia e qualidade de vida são princípios éticos centrais dos cuidados de saúde e de acção social aos idosos. Num estudo de Fernandes (2010), nenhum idoso referiu o momento de acolhimento por parte do lar como uma situação

positiva, pelo contrário, os idosos tiveram que se adaptar às rotinas e normas dos lares e não os lares às suas necessidades. Estes referiram ainda sentimentos de desilusão com a estrutura física dos lares, sentiram-se mais dependentes, deixaram de gerir o seu próprio dinheiro e deixaram de fazer as suas actividades instrumentais da vida quotidiana, como ir às compras. Estes sentimentos de apatia, de dependência face ao lar não contribuíram para que o idoso, após a sua integração, mantivesse as suas relações e actividades no exterior. Num outro estudo de Fry (2000), os idosos identificaram a qualidade de vida como a possibilidade de tomada de decisões, tanto ao nível individual como coletivo.

#### **4. Conclusões**

Uma vez que, o envelhecimento populacional do nosso país e do Concelho de Vinhais é uma realidade que não se pode ignorar, e tendo em conta a importância que o ambiente, nomeadamente o ambiente institucional, desempenha a nível do processo de envelhecimento, poder-se-ão inferir algumas conclusões acerca deste estudo e sugestões a ter em conta na melhoria do apoio prestado pelas instituições, que proporcionem um melhoramento na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

No ambiente institucional torna-se um desafio, não só proporcionar o alcance de uma boa qualidade nos cuidados prestados, mas também preservar e promover a qualidade de vida dos residentes a longo prazo.

O afastamento das suas casas e família, bem como do seu ambiente social, aquando da sua institucionalização, poderá provocar um efeito negativo. Assim, seria importante incentivar/reforçar o envolvimento da família no quotidiano e nas atividades do idoso. A instituição poderá utilizar as novas tecnologias (internet) para proporcionar contactos frequentes com os familiares mais distantes e procurar atividades que incluam os familiares que estão mais próximos.

Em síntese, pode-se dizer que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados neste concelho é boa. Daí que se possa concluir que os objetivos das instituições estão a ser cumpridos. No entanto, é necessário prestar particular atenção ao comprometimento das competências motoras e da autonomia, procurando formas de manter os idosos capazes e independentes para que se sintam valorizados.

Reforça-se, ainda, a importância de se sentirem autónomos e livres, nomeadamente de poder sair livremente da instituição mantendo-se o mais ativos possível e com uma rede social maior, assim como, incentivar o poder de decisão, tal como poderem decidir como gastar o seu dinheiro. Também relevante, é a implementação de atividades lúdicas no exterior da instituição, quer relacionadas com o quotidiano da vida rural a que os idosos estavam habituados (e inseridas na comunidade) ou outro tipo de atividades (como visitas a museus, ao teatro, etc) para que também possam experienciar vivências diferentes.

Algumas destas instituições procuram proporcionar muitas destas atividades aos seus idosos, destacando a importância da participação em atividades agrícolas sazonais no seio da comunidade (aldeia) onde se localizam.

Em termos de recursos humanos, as instituições dispõem de diversos serviços, se bem que o tempo de permanência de alguns profissionais não seja o mais adequado. Reforça-se a importância do acompanhamento médico, de enfermagem, de fisioterapia, de animação sociocultural. Sugere-se, ainda, a existência de outros profissionais (nutricionistas e psicólogos) que poderiam, também, proporcionar uma melhoria na qualidade de vida dos idosos e reforça-se a ideia da necessidade de melhorar a articulação com os centros de saúde, no sentido de aumentar o tempo e periodicidade de acompanhamento médico aos idosos institucionalizados.

Relativamente aos outros funcionários das instituições, têm importância crucial nos cuidados prestados e na articulação de todos os serviços, reforçando-se a importância da existência de formação contínua, procurando melhorar as práticas profissionais no âmbito das

especificidades do envelhecimento e promover um melhor entendimento entre funcionários e idosos.

Assim, a maioria das sugestões depende da vontade e empenho de todos os intervenientes na prestação de apoio aos idosos institucionalizados e não somente ao nível dos investimentos económicos.

Resumidamente, as instituições abordadas devem visar a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, através de uma ação multidisciplinar dos seus colaboradores, envolvendo a família dos idosos e comunidade onde se insere a instituição.

### Referências Bibliográficas

Almeida, A. J. P. S. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em Lares: Aspetos e contextos da qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado. ICBAS. Universidade do Porto.

Almeida, M. F. (2007). *Envelhecimento: activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise*. Fórum Sociológico. Nº17. II Série. P. 17-24.

Andrade, A. M. et al (2007). *Economia do Conhecimento e Organizações Sem Fins Lucrativos*. SPI – Sociedade Portuguesa de Inovação. Principia Editora, Lda. Porto. ISBN: 978-972-8589-79-0.

Barros, F. (2011). *Bem-estar, suporte social e adaptação à institucionalização no idoso*. Disponível em: [www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/.../Bemestar.pdf](http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/.../Bemestar.pdf).

Câmara Municipal de Vinhais, DESC (2010). *Carta Educativa*. Disponível em: <https://www.cm-vinhais.com>.

Canavarro, M. C., & Vaz Serra, A. (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Carvalho, P. e Dias, O. (2011). *Adaptação dos idosos institucionalizados*. Millenium, 40. P. 161-184.

*Diário da República, 1.a série, Nº 52—14 de Março de 2007. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Decreto-Lei nº 64/2007 de 14 de Março de 2007.*

Direcção Geral de Acção Social (1996), *Lar para idosos. Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento. Núcleo de documentação técnica e divulgação*. Lisboa.

Direcção Geral da Saúde (2002). *Ganhos de saúde em Portugal: Ponto da situação: Relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde*. Lisboa. ISBN 972-675-081-4.

Direcção Geral da Saúde (2004). *Plano de acção para a saúde 2004. Áreas prioritárias*. Lisboa. Disponível em: [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006224.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006224.pdf)

Fernandes, S. L. C. (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos Um Estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia social. Departamento de Ciências da Educação e do Património.

Fernández-Ballesteros, R. *et al* (1990). *Modelos ambientales sobre la vejez*. Universidad Autónoma de Madrid. *Anales de Psicología*, 1990, 6 (2). P. 181-198.

Ferreira, P. L. *et al* (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. 1º Edição. Mar da Palavra. Coimbra. ISBN 972-8910-15-0.

Figueiró, J. A. B., & Consentino, R. C. M. (2006). *Dor crónica e envelhecimento*. In E. T. C. Filho, & M. P. Netto, *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2ª edição. P. 677-684. São Paulo. Atheneu.

Fleck, M. P. A., Chachamovich, E. e Trentini, C. M. (2003). *Projecto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil*. *Revista de Saúde Pública*. Volume 37 (6). P. 793 – 799.

Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Climepsi Editores. Lisboa.

Fonseca, A. M. (2005). *O Envelhecimento bem-sucedido*. In C. Paúl e. A. M. Fonseca (coord), *Envelhecer em Portugal*. P. 235-258. Climepsi. Lisboa.

Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. 2ª Edição. Universidade Católica. Lisboa. ISBN 972-54-0150-6.

Fonseca, A. M. e Paúl, C. (2007). *Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo*. *Geriatría & Gerontologia*. 2008. Nº 2(1). P. 32-37.

Fortin, M. F. (2000). *O Processo de Investigação – Da Investigação à realização*, Loures. Lusociência.

Fry, P. S. (2000). *Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it?* *Int. Journal Aging Hum. Dev.* 50(4). P. 361-383.

Gianchello AL. *Health outcomes research in Hispaniccs/ Latinos*. *J. Med. Systems* 1996. Volume 21. Nº 5. P. 235-254. Apud Minayo MCX, Hartz ZMA, Buss PM.

Gonçalves, D. *et al* (2006). *Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas*. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2006. Nº 7. P. 137-143.

Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social: CID - Crianças, Idosos e Deficientes - Cidadania, Instituições e Direitos (2005). *Manual de Boas Práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Edição Instituto da Segurança Social, I.P. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011), *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Lisboa. ISBN 978-989-25-0148-2.

Kane, R. (2003). *Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in NursingHomes: Toward a Reasonable Practice, Research, and Policy Agenda*. The Gerontologist, 43. Special Issue II. P. 28-36.

Kane, R. A. & Kane, R. L. (2001), *What Older People Want From Long-Term Care, And How They Can Get It*, Health Affairs, 20, nº6, 114-127.

Kane, R. et al (2004). *Using Resident Reports of Quality of life to Distinguish Among Nursing Homes*. The Gerontologist Nº 44. P. 624-632.

Lucas et al (2009). *Gestão das IPSS com valências diversificadas: Proposta de um modelo de referência de actuação estratégica dos dirigentes*. Disponível em: repositorioipsantarem.pt.

Martin, J. I. G. et al (2006). *Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade em Portugal \_ 2006*. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UnIFai). ISBN 978-989-20-0519-5.

Martins, C. R. et al (2007). *Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas*. Estudo interdisciplinar do envelhecimento. Porto Alegre. Volume 11. P. 135-154.

Melo, A. C. (1998). *A competência do enfermeiro ao cuidar do idoso*. Servir. Nº 46 (5). P. 242-247.

McCormack, B. (2001), *Autonomy and the relationship between nurses and older people*. Ageing Society, 21. P. 417-46.

Moroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Edições Sílabo, Lda. 3ªEdição. Lisboa. ISBN: 978-972-618-452-2.

Neri, A. L. (1993). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas: Papyrus. Disponível em: <http://books.google.pt/>.

Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e Envelhecimento. Perspectivas Biológicas, Psicológicas e Sociológicas*. 1ª Edição. Papyrus Editora. ISBN 85-308-0632-8. Campinas – Brasil.

Neri, A. L. (2006). *O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento*. Temas em Psicologia. Volume 14. Nº1. ISSN 1413-389X.

Nina, E., & Paiva, C. (2001). *Idosos Rurais e Urbanos: estudo comparativo*. Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica. Nº 138. P 9-32.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (1994) *WHO- World Health Organisation (1994). Report of the WHOQOL Focus Group*. WHO (MNH/psf/94) Geneva: WHO.

Paúl, C. (1993). *A depressão em idosos: estudo exploratório*. Análise Psicológica. Nº 4 (XI). P. 609-617.

Paúl, C. (2002). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Disponível em: [ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf](http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf).

Paúl, C. (2005). *A Construção de um Modelo de Envelhecimento Humano*, In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal*. P. 21-41. Climepsi. Lisboa.

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). *Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses*. C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal*. P. 75-95. Climepsi Editores. Lisboa.

Paúl, C. e Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. 1ª Edição. Climepsi Editores. Lisboa. ISBN 972-796-185-1.

Paúl, C. et al (2006). *Avaliação do Ambiente Institucional – Público e Privado: Estudo Comportamental dos Idosos*. Revista Transdisciplinar de Gerontologia. Volume 1. Nº 1. Dezembro/Maio 2006/2.

Paúl, C. et al (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Prefácio de Maria João Quintela. P. 13-14. 1ª Edição. Lidel. Lisboa. ISBN 978-972-757-739-2.

Paskulin, L. *et al* (2010). *Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida*. Acta Paul. Enferm. 2010;Volume 23. Nº1. P.101-107.

Serra *et al* (2006). *Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal*. Psiquiatria Clínica, 27, (1). P. 31-40.

Santos, P. F. C. (2002). *A depressão no idoso*. Quarteto. Coimbra.

Santos, P. M. D. (2005). *“Toda a economia deveria ser solidária” – Entrevista a Rogério Roque Amaro*. *Pessoas e Lugares – Jornal de Animação da Rede Portuguesa Leader*.

Silva, M. A. B. C. C. da (2011), *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural*. Bragança: Escola Superior de Educação. Dissertação de Mestrado em Educação Social. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/625>.

Sousa, L. *et al* (2003), *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*, Revista de Saúde Pública, 37 (3). P. 364-371.

Tamaki, E. M. (2000). *Qualidade de vida: Individual ou Colectiva?*. Ciência e saúde colectiva. Volume 5. Nº 1. P 20-22.

Valim, S. *et al* (2011). *Avaliação da qualidade de vida em idosos com base no questionário whoqol-100*. Fundação Municipal de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul - SP, FUNEC-FISA /Departamento de Fisioterapia Geriátrica /Avenida Mangará, 477. Disponível em: [www.inicepg.univap.br/cd/INIC.../RE\\_0794\\_0649\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC.../RE_0794_0649_01.pdf).

Vaz Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Instituto Piaget. Lisboa.

[www.vinhais.com.pt](http://www.vinhais.com.pt).

## **Anexos**

**Anexo I – Pedido de autorização para utilização do instrumento de recolha de dados**



Catarina Neves <catalexneves@gmail.com>

---

## Pedido de autorização para aplicar a escala WHOQOL-Bref

2 mensagens

---

**catarina neves** <catalexneves@gmail.com>

8 de novembro de 2012 15:45

Para: mccanavarro@fpce.uc.pt

Exma. Senhora Professora Doutora Maria Cristina Canavarro.

O meu nome é Catarina Alexandra Neves, aluna de Mestrado de Gestão das Organizações (ramo Unidades de Saúde) no Instituto Politécnico de Bragança, e no âmbito da minha tese de mestrado - "O idoso institucionalizado no concelho de Vinhais: Aspetos e contextos da sua qualidade de vida" - pretendo utilizar a escala WHOQOL-Bref para avaliar a qualidade de vida dos clientes dos lares do referido concelho.

Solicito a V. Ex. a autorização da aplicação da referida escala e, se possível, a disponibilização da mesma e informação sobre as instruções para o cálculo do Índice de QV geral.

Agradeço desde já a disponibilidade.

Melhores cumprimentos,

Catarina Neves.

---

**Maria Cristina Canavarro** <mccanavarro@netcabo.pt>

8 de novembro de 2012

21:45

Para: catarina neves <catalexneves@gmail.com>

Cara Dra. Catarina Neves,

Convido-a a visitar a nossa página (<http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>) e a preencher o formulário que nela pode encontrar, relativo à utilização da versão portuguesa do instrumento que pretende para Iho possa enviar, bem como as respectivas informações. Aguardando o seu contacto, envio os meus cumprimentos,

MCristina Canavarro

.....

Maria Cristina Canavarro

[mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)

<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>

<http://www.huc.min-saude.pt/unipmaternidade>

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da  
Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra Portugal

Tel. (+351 239851450) Fax [\(+351 239 851465\)](tel:+351239851465)

Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP)

Maternidade Doutor Daniel de Matos

Avenida Miguel Torga

3030-165 Coimbra Portugal

Tel. [\(+351 239403060\)](tel:+351239403060) Fax [\(+351 239 403062\)](tel:+351239403062)

**From:** [catarina neves](mailto:catarina.neves)

**Sent:** Thursday, November 08, 2012 3:45 PM

**To:** [mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)

**Subject:** Pedido de autorização para aplicar a escala WHOQOL-Bref

[Texto das mensagens anteriores oculto]



Catarina Neves  
<catalexneves@gmail.com>

---

## Re: Instrumento WHOQOL-Bref

1 mensagem

---

Cláudia Melo <claudiasmelosilva@gmail.com>

12 de novembro de 2012 15:02

Para: catalexneves@gmail.com

Cara Dra. Catarina Neves,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Na nossa página <http://www.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm> poderá encontrar indicação de bibliografia sobre a versão portuguesa do WHOQOL-Bref.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

Com os melhores cumprimentos,  
Cláudia Melo.



**WHOQOL-BREF.zip**  
207K

**Anexo II – Pedidos de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados**

Exmo<sup>o</sup> Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vinhais

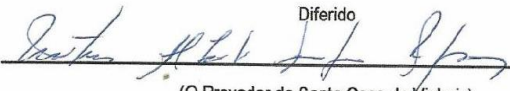
Catarina Alexandra Neves, funcionária do Centro Social e Paroquial de S.Martinho (Ervedosa) onde exerce funções como Enfermeira, encontra-se de momento a frequentar o Mestrado de Gestão das Organizações (Ramo Unidades de Saúde), vem por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados na Instituição, tendo em vista a elaboração da dissertação "O idoso institucionalizado no concelho de Vinhais: Aspetos e contextos da sua qualidade de vida". A referida dissertação é orientada pela Dr<sup>a</sup> Maria José Gomes, Prof<sup>a</sup> Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Bragança.

Pede Deferimento

Bragança, 31 Janeiro 2013

  
\_\_\_\_\_  
Catarina Alexandra Neves

Diferido

  
\_\_\_\_\_  
(O Provedor da Santa Casa de Vinhais)

Exma<sup>a</sup> Diretora da Estalagem Geriátrica de São Venâncio

Catarina Alexandra Neves, funcionária do Centro Social e Paroquial de S.Martinho (Ervedosa) onde exerce funções como Enfermeira, encontra-se de momento a frequentar o Mestrado de Gestão das Organizações (Ramo Unidades de Saúde), vem por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados na Instituição, tendo em vista a elaboração da dissertação "O idoso institucionalizado no concelho de Vinhais: Aspetos e contextos da sua qualidade de vida". A referida dissertação é orientada pela Dr<sup>a</sup> Maria José Gomes, Prof<sup>a</sup> Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Bragança.

Pede Deferimento

Bragança, 31 Janeiro 2013

*Catarina Alexandra Neves*

Catarina Alexandra Neves



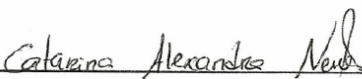
(O Diretor da Instituição)

Exmo<sup>o</sup> Presidente do Centro Social e Paroquial de Vila Boa de Ousilhão

Catarina Alexandra Neves, funcionária do Centro Social e Paroquial de S.Martinho (Ervedosa) onde exerce funções como Enfermeira, encontra-se de momento a frequentar o Mestrado de Gestão das Organizações (Ramo Unidades de Saúde), vem por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados na Instituição, tendo em vista a elaboração da dissertação “O idoso institucionalizado no concelho de Vinhais: Aspetos e contextos da sua qualidade de vida”. A referida dissertação é orientada pela Dr<sup>a</sup> Maria José Gomes, Prof<sup>a</sup> Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Bragança.

Pede Deferimento

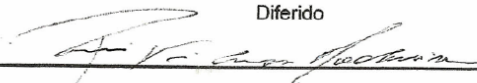
Bragança, 31 Janeiro 2013



---

Catarina Alexandra Neves

Diferido



---

(O Presidente da Instituição)

Exma<sup>o</sup> Diretora do Centro Social e Paroquial de Moimenta

Catarina Alexandra Neves, funcionária do Centro Social e Paroquial de S.Martinho (Ervedosa) onde exerce funções como Enfermeira, encontra-se de momento a frequentar o Mestrado de Gestão das Organizações (Ramo Unidades de Saúde), vem por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados na Instituição, tendo em vista a elaboração da dissertação "O idoso institucionalizado no concelho de Vinhais: Aspetos e contextos da sua qualidade de vida". A referida dissertação é orientada pela Dr<sup>a</sup> Maria José Gomes, Prof<sup>a</sup> Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Bragança.

Pede Deferimento

Bragança, 28 Fevereiro 2013

*Catarina Alexandra Neves*

Catarina Alexandra Neves

*Cristina Rosa Gonçalves*



(A Diretora da Instituição)

Exmo<sup>o</sup> Presidente do Centro Social e Paroquial de Ervedosa

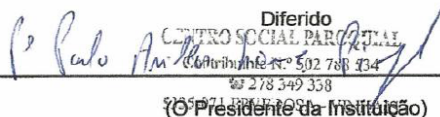
Catarina Alexandra Neves, funcionária do Centro Social e Paroquial de S.Martinho (Ervedosa) onde exerce funções como Enfermeira, encontra-se de momento a frequentar o Mestrado de Gestão das Organizações (Ramo Unidades de Saúde), vem por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados na Instituição, tendo em vista a elaboração da dissertação “O idoso institucionalizado no concelho de Vinhais: Aspetos e contextos da sua qualidade de vida”. A referida dissertação é orientada pela Dr<sup>a</sup> Maria José Gomes, Prof<sup>a</sup> Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Bragança.

Pede Deferimento

Bragança, 31 Janeiro 2013



Catarina Alexandra Neves

  
Diferido  
CENTRO SOCIAL PAROQUIAL  
Contribuinte nº 502 788 334  
Nº 278 349 358  
(O Presidente da Instituição)

Exmo<sup>o</sup> Presidente do Centro Social e Paroquial de Agrochão

Catarina Alexandra Neves, funcionária do Centro Social e Paroquial de S.Martinho (Ervedosa) onde exerce funções como Enfermeira, encontra-se de momento a frequentar o Mestrado de Gestão das Organizações (Ramo Unidades de Saúde), vem por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados na Instituição, tendo em vista a elaboração da dissertação “O idoso institucionalizado no concelho de Vinhais: Aspetos e contextos da sua qualidade de vida”. A referida dissertação é orientada pela Dr<sup>a</sup> Maria José Gomes, Prof<sup>a</sup> Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Bragança.

Pede Deferimento

Bragança, 31 Janeiro 2013



Catarina Alexandra Neves



(O Presidente da Instituição)

5335-011 AGROCHÃO  
VINHAIS

**Anexo III – Instrumento de recolha de dados (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
<b>Domínio 1</b>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
<b>Domínio 2</b>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □			
<b>Domínio 3</b>	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
<b>Domínio 4</b>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

**DADOS PESSOAIS**

**A1 Idade**  anos      **A2 Data de Nascimento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**A3 Sexo**  Masculino  
 Feminino      **A4 Escolaridade**

**A5 Profissão**

**A6.1 Freguesia**

**A6.2 Concelho**

**A6.3 Distrito**

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

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

**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?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**

### 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
<b>1 (G1)</b>	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>2 (G4)</b>	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
<b>3 (F1.4)</b>	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
<b>4 (F11.3)</b>	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>5 (F4.1)</b>	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
<b>6 (F24.2)</b>	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
<b>7 (F5.3)</b>	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
<b>8 (F16.1)</b>	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>9 (F22.1)</b>	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

## O idoso institucionalizado no concelho de Vinhais: Aspetos e contextos da sua qualidade de vida

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
<b>10 (F2.1)</b>	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>11 (F7.1)</b>	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
<b>12 (F18.1)</b>	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
<b>13 (F20.1)</b>	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>14 (F21.1)</b>	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
<b>15 (F9.1)</b>	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
<b>16 (F3.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
<b>17 (F10.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>18 (F12.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
<b>19 (F6.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
<b>20 (F13.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
<b>21 (F15.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
<b>22 (F14.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
<b>23 (F17.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
<b>24 (F19.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
<b>25 (F23.3)</b>	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
<b>26 (F8.1)</b>	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

#### **Anexo IV – Resultados dos testes estatísticos**

Crosstab

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Como avalia a sua qualidade de vida	Má	Count	1	6	7
		% within Sexo	4,2%	13,6%	10,3%
		% of Total	1,5%	8,8%	10,3%
	Nem Boa Nem Má	Count	10	17	27
		% within Sexo	41,7%	38,6%	39,7%
		% of Total	14,7%	25,0%	39,7%
	Boa	Count	10	19	29
		% within Sexo	41,7%	43,2%	42,6%
		% of Total	14,7%	27,9%	42,6%
	Muito Boa	Count	3	2	5
		% within Sexo	12,5%	4,5%	7,4%
		% of Total	4,4%	2,9%	7,4%
Total	Count	24	44	68	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	35,3%	64,7%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,733 <sup>a</sup>	3	,435	,451		
Likelihood Ratio	2,869	3	,412	,444		
Fisher's Exact Test	2,608			,465		
Linear-by-Linear Association	1,447 <sup>b</sup>	1	,229	,259	,150	,064
N of Valid Cases	68					

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,76.

b. The standardized statistic is -1,203.

Resultados dos testes estatísticos do item *Como avalia a sua qualidade de vida?*, relativamente ao género.

Crosstab

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	Muito Insatisfeito	Count	0	5	5
		% within Sexo	0,0%	11,4%	7,4%
		% of Total	0,0%	7,4%	7,4%
	Insatisfeito	Count	3	17	20
		% within Sexo	12,5%	38,6%	29,4%
		% of Total	4,4%	25,0%	29,4%
	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Count	7	10	17
		% within Sexo	29,2%	22,7%	25,0%
		% of Total	10,3%	14,7%	25,0%
	Satisfeito	Count	12	10	22
		% within Sexo	50,0%	22,7%	32,4%
		% of Total	17,6%	14,7%	32,4%
	Muito Satisfeito	Count	2	2	4
		% within Sexo	8,3%	4,5%	5,9%
% of Total		2,9%	2,9%	5,9%	
Total	Count	24	44	68	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	35,3%	64,7%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	10,541 <sup>a</sup>	4	,032	,028		
Likelihood Ratio	12,493	4	,014	,021		
Fisher's Exact Test	10,397			,024		
Linear-by-Linear Association	9,348 <sup>b</sup>	1	,002	,003	,001	,001
N of Valid Cases	68					

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,41.

Resultados dos testes estatísticos do item *Até que ponto está satisfeito (a) com a sua saúde?*, relativamente ao género.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test						
		Total Físico	Total Psicológico	Total Social	Total Ambiente	Total Vida
N		24	24	24	24	24
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	59,0774	66,3194	74,3056	73,0469	64,5833
	Std. Deviation	15,83169	16,48070	12,51006	11,75831	17,54910
Most Extreme Differences	Absolute	,133	,158	,189	,123	,161
	Positive	,133	,158	,186	,123	,131
	Negative	-,058	-,158	-,189	-,081	-,161
Kolmogorov-Smirnov Z		,654	,776	,925	,603	,789
Asymp. Sig. (2-tailed)		,786	,584	,359	,861	,562

a. Test distribution is Normal.  
b. Calculated from data.

Resultados do teste Kolmogorov Smirnov, para as distribuições dos subdomínios e domínio do sexo masculino.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test						
		Residual for TOTALFISICO	Residual for TOTALPSICOLOGICO	Residual for TOTALSOCIAL	Residual for TOTALAMBIENTE	Residual for TOTALVIDA
N		68	68	68	68	68
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
	Std. Deviation	17,89241	15,71125	12,53900	11,26867	18,52276
Most Extreme Differences	Absolute	,081	,105	,196	,086	,129
	Positive	,044	,105	,125	,055	,092
	Negative	-,081	-,084	-,196	-,086	-,129
Kolmogorov-Smirnov Z		,666	,870	1,619	,708	1,060
Asymp. Sig. (2-tailed)		,767	,436	,011	,698	,211

a. Test distribution is Normal.  
b. Calculated from data.

Resultados do teste Kolmogorov Smirnov, para as distribuições dos erros dos modelos Anova relativos à faixa etária dos subdomínios e domínio.

### Homogeneous Subsets

Total Vida			
Scheffe <sup>a,b</sup>			
classe idades	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
de 81 até 85 anos	23	46,7391	
até 80 anos	15	55,8333	55,8333
de 86 até 90 anos	20	60,6250	60,6250
Mais de 90 anos	10		67,5000
Sig.		,258	,412

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 15,376.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Resultados do teste de comparações múltiplas de Scheffé, para o domínio da Qualidade de Vida em função da faixa etária.

### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Residual for TOTALFISICO	Residual for TOTALPSICO LOGICO	Residual for TOTALSOCIAL	Residual for TOTALAMBIE NTE	Residual for TOTALVIDA
N		68	68	68	68	68
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
	Std. Deviation	17,51382	14,88420	11,83913	8,03196	19,11550
Most Extreme Differences	Absolute	,085	,087	,193	,053	,118
	Positive	,066	,062	,120	,045	,084
	Negative	-,085	-,087	-,193	-,053	-,118
Kolmogorov-Smirnov Z		,699	,715	1,588	,439	,970
Asymp. Sig. (2-tailed)		,713	,686	,013	,991	,303

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Resultados do teste Kolmogorov Smirnov, para as distribuições dos erros dos modelos Anova relativos aos subdomínios e domínio, em função da instituição.

## Homogeneous Subsets

### Total Social

Scheffe<sup>a,b</sup>

Instituição	N	Subset for alpha = 0.05
		1
CSP Ervedosa	12	66,6667
Lar de Agrochão	11	71,9697
Lar de Rebordelo	6	72,2222
Lar de Vila Boa de Ousilhão	10	74,1667
Santa Casa da Misericórdia de Vinhais	21	75,3968
Lar de Moimenta	8	81,2500
Sig.		,247

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 9,780.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Resultados do teste de comparações múltiplas de Scheffé, para o subdomínio Social em função da instituição.

### Média Ambiente

Scheffe<sup>a,b</sup>

Instituição	N	Subset for alpha = 0.05		
		1	2	3
Lar de Rebordelo	6	13,67		
Lar de Vila Boa de Ousilhão	10	14,20	14,20	
Lar de Agrochão	11	15,45	15,45	
CSP Ervedosa	12	16,00	16,00	
Santa Casa da Misericórdia de Vinhais	21		16,48	16,48
Lar de Moimenta	8			18,75
Sig.		,066	,079	,079

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 9,780.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Resultados do teste de comparações múltiplas de Scheffé, para o subdomínio Ambiente, em função da instituição.