

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“Admiro as pessoas que falham e persistem. Persistem com a mesma vontade, ou mais forte, com a ideia de alcançarem a finalidade última.”

Manoel de Oliveira

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os profissionais que diariamente prestam cuidados de qualidade aos idosos de uma forma geral, e particularmente àqueles que cuidam dos utentes da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco.

Mas, sobretudo, dedico este trabalho a todos os idosos que residem nesta instituição, aos que colaboraram de uma forma exemplar ao longo das entrevistas, mas também àqueles que por infortúnios da vida não puderam participar.

Aos que ficaram, e aos que partiram mas eternamente permanecem nos nossos corações, o nosso muito obrigado.

Agradecimentos

Aos meus Pais por todo o apoio incondicional e por estarem sempre presentes em cada momento de fraqueza e em cada vitória. Sem este apoio a concretização de mais uma etapa não seria possível.

Á minha querida irmã, que apesar de estar longe, está sempre perto e demonstra de todas as formas imagináveis e inimagináveis o seu apoio, carinho e sabedoria. Sem a sua experiência e amor, tudo seria mais difícil.

Á Ana Raquel e ao Vicente por toda a ajuda e apoio demonstrados.

Ao Professor Doutor João Duarte, não só pela sua orientação, como também pela amizade e prontidão demonstradas.

Á minha colega e amiga Soraia Campos pela motivação e companheirismo demonstrado nesta longa jornada, e por demonstrar ser um exemplo de perseverança sob as mais diversas adversidades.

A todos os professores, colegas e amigos que de uma forma ou de outra, contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional ao longo deste percurso académico.

E por fim, mas a mais importante de todas, à Joana, minha futura esposa, por toda a amizade, companheirismo e amor. Por toda a compreensão e paciência no tempo que lhe devo, e por permanecer sempre ao meu lado nos dias bons, mas sobretudo nos mais sombrios.

Muito Obrigado.

Resumo

Introdução: O envelhecimento populacional é uma realidade mundial decorrente de mudanças expressivas, essencialmente nas taxas de fertilidade e de mortalidade. Esta condição levou à necessidade crescente na procura por estabelecimentos residenciais para idosos no sentido de assegurar a manutenção dos cuidados diários que não podem ser supridos no seio familiar. A Qualidade destas instituições e dos cuidados praticados aos seus residentes tornou-se objeto de investigação de elevado relevo.

Objetivos: Identificar em que medida a realidade sociodemográfica e socio-espacial, o estado de independência, afetivo e familiar influenciam a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo e correlacional, transversal, do tipo não experimental, realizado com uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 138 idosos institucionalizados numa misericórdia do interior do país com idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos (\bar{x} = 86,55 anos), sendo 65,22% do sexo feminino e 34,78% de sexo masculino. Na recolha de dados foi usado um questionário (*ad hoc*) composto por questões de caracterização sociodemográfica e pelas escalas de avaliação do estado afetivo, de independência, da funcionalidade familiar e da qualidade de vida.

Resultados: Os idosos apresentam valores médios de qualidade de vida (157,67±22,2 pontos, num possível máximo de 216 pontos). Os domínios melhor avaliados foram o bem-estar espiritual, a dignidade e a segurança, e os que obtiveram scores mais baixos, as atividades significativas, a individualidade, e o conforto. A maioria dos idosos é feliz a viver na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco (78,3%). Os idosos com dependência moderada são os mais representativos (38,4%), seguindo-se os independentes (29,7%). No estado afetivo, 52,2% dos idosos não apresentam depressão. As famílias funcionais representam 64,5% enquanto as disfuncionais 35,5% dos idosos institucionalizados. O sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias e o tempo de institucionalização não demonstraram influenciar a qualidade de vida do idoso. A razão da institucionalização, o lar da instituição bem como o tipo de quarto demonstraram influenciar a qualidade de vida. A felicidade do idoso ao viver na instituição demonstrou ter uma influência positiva. Níveis mais elevados de dependência, presença de depressão e existência de uma família disfuncional evidenciaram índices de qualidade de vida mais baixos nos idosos institucionalizados.

Conclusão: Com vista ao processo de melhoria contínua identificamos fatores que influenciam a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados o que nos permite encetar intervenções que visem a prevenção ou manutenção de um máximo de qualidade na vivência dos utentes em lares de idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento; Qualidade de Vida; Idoso; Casas de Saúde.

Abstract

Introduction: Population aging is a worldwide reality due to significant changes, mainly in fertility and mortality rates. This condition has led to the growing need in the search for residential establishments for the elderly in order to ensure the maintenance of daily care that can not be supplied within the family. The quality of these institutions and the care given to their residents has become the focus of research.

Objectives: To identify the extent to which the sociodemographic and socio-spatial reality, the independence, affective and family status influence the Quality of Life of the elderly institutionalized in the Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco.

Method: A quantitative, descriptive and correlational, cross-sectional and non-experimental type study with a non-probabilistic sample of convenience, consisting of 138 elderly persons institutionalized in an nursing home of the interior country aged 65-98 years (\bar{x} = 86,55 years), being 65.22% female and 34.78% male. In the collection of data, a questionnaire (ad hoc) was used composed of questions of sociodemographic characterization and the evaluation scales of the affective state, independence, family functionality and quality of life.

Results: The elderly presented medium rank values of quality of life (157.67 ± 22.2 points, in a possible maximum of 216 points). The areas best evaluated were spiritual well-being, dignity and safety, and those who scored lower, were significant activities, individuality, and comfort. The majority of the elderly are happy to live in Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco (78.3%). The elderly with moderate dependence are the most representative (38.4%), followed by the independent ones (29.7%). In the affective state, 52.2% of the elderly do not present depression. Functional families represent 64.5% while dysfunctional 35.5% of the institutionalized elderly. Sex, age, marital status, educational qualifications and length of institutionalization have not been shown to influence the quality of life of the elderly. The reason for the institutionalization, the home of the institution as well as the type of room showed to influence the quality of life. The happiness of the elderly while living in the institution has shown to have a positive influence. Higher levels of dependency, presence of depression and existence of a dysfunctional family showed lower quality of life indices in the institutionalized elderly.

Conclusion: With a view to the process of continuous improvement, we identify factors that influence the quality of life of the institutionalized elderly, which allows us to initiate interventions aimed at preventing or maintaining a maximum of quality in the experience of the users in nursing homes.

Keywords: Aging; Quality of Life; Elderly; Nursing Homes.

Sumário

| | Pág. |
|---|-------------|
| Lista de Tabelas | XV |
| Lista de Figuras | XVII |
| Lista de Gráficos | XIX |
| Lista de Quadros | XXI |
| Lista de Abreviaturas e Siglas | XXIII |
| Introdução | 25 |
| I PARTE - Enquadramento Teórico | |
| 1 – O Envelhecimento | 33 |
| 1.1 – Demografia – Da realidade Europeia à Albicastrense | 38 |
| 2 – Dependência no Autocuidado | 45 |
| 3 – Depressão na Terceira Idade | 51 |
| 3.1 – A Depressão em Contexto Institucional..... | 55 |
| 4 – Família e Institucionalização | 59 |
| 4.1 – A Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco | 63 |
| 5 – Qualidade de Vida | 67 |
| 5.1 – Conceptualização da Qualidade de Vida | 67 |
| 5.2 – Qualidade de Vida na Velhice | 69 |
| 5.3 – Qualidade de Vida de Utentes de Lares de Idosos | 70 |
| 5.3.1 - Modelo de Qualidade de Vida em Contexto Lar de Idosos de Rosalie Kane | 73 |
| II PARTE - Estudo empírico | |
| 1 – Metodologia | 79 |
| 1.1 – Métodos | 79 |
| 1.2 – Participantes | 82 |
| 1.2.1 - Caraterização socio-espacial | 83 |
| 1.2.2 - Caraterização sociodemográfica | 84 |
| 1.3 – Instrumentos | 86 |
| 1.3.1 - Secção A – Caracterização sociodemográfica | 88 |
| 1.3.2 - Secção B – Estado Cognitivo | 88 |
| 1.3.3 – Secção C – Estado de Independência | 89 |
| 1.3.4 - Secção D – Estado Afetivo | 90 |
| 1.3.5 – Secção E – Funcionalidade Familiar | 90 |
| 1.3.6 – Secção F – Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados | 91 |
| 1.4 – Procedimentos | 94 |
| 1.5 – Análise de Dados | 95 |
| 2 – Resultados | 97 |
| 2.1 – Análise descritiva | 97 |
| 2.1.1 – Caracterização do tempo de institucionalização | 97 |

| | |
|--|-----|
| 2.1.2 – Caracterização das razões para a institucionalização | 98 |
| 2.1.3 – Caracterização da felicidade dos utentes ao viverem na SCMCB | 98 |
| 2.1.4 – Avaliação do estado cognitivo | 99 |
| 2.1.5 – Avaliação do estado de independência | 99 |
| 2.1.6 – Avaliação do estado afetivo | 103 |
| 2.1.7 – Avaliação da funcionalidade familiar | 108 |
| 2.1.8 – Qualidade de vida dos idosos institucionalizados | 111 |
| 2.2 – Análise inferencial | 114 |
| 3 – Discussão | 131 |
| 3.1– Discussão Metodológica | 131 |
| 3.2 – Discussão de Resultados | 132 |
| 4 – Conclusão | 149 |
| Referências Bibliográficas | 153 |
| Anexos | |
| Anexo I - Autorização para uso da Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lares de Idosos | 179 |
| Anexo II - Instrumento de Recolha de Dados | 183 |
| Anexo III - Autorização da Provedoria da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco | 200 |

Lista de Tabelas

| | Pag. |
|--|-------------|
| Tabela 1 - Distribuição da amostra em função dos lares da SCMCB..... | 83 |
| Tabela 2 - Distribuição do tipo de quarto em função do sexo..... | 83 |
| Tabela 3 - Estatísticas relativas à idade em função do sexo..... | 84 |
| Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica em função do sexo..... | 86 |
| Tabela 5 - Distribuição da variável “tempo de institucionalização” em função do sexo..... | 97 |
| Tabela 6 - Distribuição da variável “razões para a institucionalização” em função do sexo..... | 98 |
| Tabela 7 - Distribuição da variável “feliz” em função do sexo..... | 98 |
| Tabela 8 - Estatísticas relativas ao estado cognitivo em função do sexo..... | 99 |
| Tabela 9 - Distribuição da amostra em função da pontuação no Índice de Barthel..... | 100 |
| Tabela 10 - Estatísticas relativas ao estado de independência em função do sexo..... | 101 |
| Tabela 11 - Estado de independência em função do sexo..... | 102 |
| Tabela 12 - Estado de independência em função da idade..... | 103 |
| Tabela 13 - Estado de independência em função do tempo de instituição..... | 103 |
| Tabela 14 - Estatísticas relativas ao estado afetivo em função do sexo..... | 104 |
| Tabela 15 - Estado afetivo em função do sexo..... | 104 |
| Tabela 16 - Estado afetivo em função da idade..... | 105 |
| Tabela 17 - Estado afetivo em função do estado civil..... | 105 |
| Tabela 18 - Estado afetivo em função das habilitações literárias..... | 106 |
| Tabela 19 - Estado afetivo em função do tempo de institucionalização..... | 107 |
| Tabela 20 - Estado afetivo em função estado de independência..... | 107 |
| Tabela 21 - Estatísticas relativas à funcionalidade familiar em função do sexo.... | 108 |
| Tabela 22 - Funcionalidade familiar em função do sexo..... | 108 |
| Tabela 23 - Funcionalidade familiar em função da idade..... | 109 |
| Tabela 24 - Caracterização da funcionalidade familiar da amostra em função do estado civil..... | 109 |
| Tabela 25 - Funcionalidade familiar em função das habilitações literárias..... | 110 |
| Tabela 26 - Funcionalidade familiar em função do tempo de instituição..... | 110 |

| | | |
|--------------------|--|-----|
| Tabela 27 - | Funcionalidade familiar em função do estado de independência..... | 111 |
| Tabela 28 - | Funcionalidade familiar em função do estado afetivo..... | 111 |
| Tabela 29 - | Estatísticas relativas à qualidade de vida em função do sexo..... | 113 |
| Tabela 30 - | Teste U de Mann Whitney para o sexo e os domínios da qualidade de vida..... | 115 |
| Tabela 31 - | Teste Kruskal-Wallis para a idade e os domínios da qualidade de vida..... | 116 |
| Tabela 32 - | Teste U de Mann Whitney para o estado civil e os domínios da qualidade de vida..... | 117 |
| Tabela 33 - | Teste Kruskal-Wallis para as habilitações literárias e os domínios da qualidade de vida..... | 118 |
| Tabela 34 - | Teste de Kruskal-Wallis para o lar da SCMCB e os domínios da qualidade de vida..... | 120 |
| Tabela 35 - | Teste de Kruskal-Wallis para o tipo de quarto e os domínios da qualidade de vida..... | 122 |
| Tabela 36 - | Teste Kruskal-Wallis para o tempo de institucionalização e os domínios da qualidade de vida..... | 123 |
| Tabela 37 - | Teste Kruskal-Wallis para as razões para a institucionalização e os domínios da qualidade de vida..... | 124 |
| Tabela 38 - | Teste U de Mann Whitney para a felicidade e os domínios da qualidade de vida..... | 125 |
| Tabela 39 - | Teste de Kruskal-Wallis para o estado de independência e os domínios da qualidade de vida..... | 127 |
| Tabela 40 - | Teste U de Mann Whitney para o estado afetivo e os domínios da qualidade de vida..... | 128 |
| Tabela 41 - | Teste U de Mann Whitney para a funcionalidade familiar e os domínios da qualidade de vida..... | 129 |

Lista de Figuras

| | Pag. |
|---|-------------|
| Figura 1 - Representação Esquemática da relação prevista entre as variáveis .. | 82 |

Lista de Gráficos

| | Pag. |
|--|-------------|
| Gráfico 1 - Índice de Envelhecimento na Europa (Rácio - %) 1960-2016..... | 40 |
| Gráfico 2 - Índice de Envelhecimento em Portugal (Rácio - %) 2001-2017..... | 41 |
| Gráfico 3 - Índice de Envelhecimento por Capital de Distrito (Rácio - %) 2017 | 42 |
| Gráfico 4 - Índice de Envelhecimento por Localidade (Rácio - %) 2017..... | 42 |

Lista de Quadros

| | Pag. |
|---|-------------|
| Quadro 1 - Operacionalização das variáveis em estudo..... | 88 |
| Quadro 2 - Descrição dos diferentes domínios da Qualidade de Vida segundo o modelo conceitual de Rosalie Kane..... | 92 |

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diárias

APA – American Psychological Association

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

D.R. – Diário da República

ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos

UE – União Europeia

GDS – Geriatric Depression Scale

IB – Índice de Barthel

IE – Índice de Envelhecimento

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISCED – International Standard Classification of Education

MMSE – Mini Exame do Estado Mental

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PORDATA – Base de Dados de Portugal Contemporâneo

QdV – Qualidade de Vida

SCMCB – Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco

SPMI – Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

WHO – World Health Organization

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life Group

USA – United States of America

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial decorrente de um processo de reestruturação demográfica com mudanças expressivas, essencialmente nas taxas de fertilidade e de mortalidade. Esta reorganização é fruto das melhorias na vida da população com base no maior acesso aos serviços de saúde, medicação, alimentação e condições sanitárias (Schwanke, Carli, Gomes & Lindoso, 2012). Para a Direção Geral da Saúde (DGS), as alterações demográficas referenciadas foram originadas pelas alterações na estrutura e comportamentos sociais e familiares do último século, as quais aumentaram o envelhecimento da população portuguesa, tornando notório e urgente a adaptação de respostas às necessidades na área da saúde (DGS, 2004). Tudo isto fez com que se desenvolva uma maior preocupação com a qualidade de vida (QdV) desta população e conseqüentemente a necessidade de reformular novas políticas em Portugal.

As previsões recentes da Comissão Europeia (2012) referem que o número de europeus com mais de 65 anos de idade irá quase duplicar nos próximos 50 anos, subindo de 87 milhões em 2010 para 148 milhões em 2060. Esta evolução demográfica irá provocar importantes conseqüências económicas e sociais (União Europeia [UE], 2012).

De facto o envelhecimento humano não é só um problema de cariz demográfico, mas sim um fenómeno mais complexo que engloba aspetos socioculturais, políticos e económicos em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos (Carvalho & Dias, 2011). A reestruturação dos sistemas de reforma, os regimes de previdência social e o aumento das instituições de apoio à velhice, segundo os mesmos autores, são indicadores da preocupação e adaptação social ao fenómeno do envelhecimento.

Nesta perspetiva, o envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico, na estrutura e nos comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, têm vindo a determinar novas necessidades sobretudo no sector da saúde.

Sabemos que no processo de envelhecimento, estão implícitas alterações graduais que ocorrem ao longo da vida e que implicam a diminuição de competências funcionais, tendo normalmente como resultado maior dificuldade em realizar tarefas do

dia-a-dia, incapacidade em manter a autossuficiência e conseqüentemente a perda da independência. Por isso o envelhecer, é muitas vezes visto como o declínio do vigor físico para realizar as atividades de vida diárias, isto é, a diminuição da autonomia funcional sendo esta autonomia vista como condição indispensável ao envelhecimento bem-sucedido (Subramanyam, 2011).

A depressão encontra-se entre as doenças crônicas mais frequentes na população idosa, embora a idade não seja o fator determinante, encontra-se associada ao declínio físico e psíquico, a doenças crônicas, ao déficit cognitivo e ao isolamento social, as quais contribuem fortemente para o desenvolvimento desta perturbação. O risco aumenta para os idosos institucionalizados, sendo que 40% destes estão deprimidos (Bergh *et al.*, 2003; Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006).

Atualmente a depressão constitui um problema de saúde pública, sendo transversal a todas as idades e responsável pelo prejuízo da qualidade de vida dos indivíduos, mais do que em qualquer outra doença, conduzindo a sentimentos de tristeza, desesperança, isolamento social e em casos de extrema gravidade podendo levar ao suicídio (Bromet *et al.*, 2011).

O desenvolvimento de estratégias de adaptação que promovam o bem-estar nesta fase do ciclo de vida é fundamental para a qualidade de vida desta população (Irigaray & Schneider, 2009).

Surge assim nesta faixa etária a necessidade de cuidados mais específicos à pessoa idosa os quais, até há alguns anos atrás, estavam sob a responsabilidade da própria família porém, face às alterações demográficas e sociais, obrigou a que estas transferissem essa responsabilidade para os organismos do estado ou para as instituições privadas (Almeida, 2008). Emergiu, assim, um novo paradigma relacionado com o processo de institucionalização do idoso e a transição de papéis, o qual suscitou interesse junto da comunidade científica, na medida em que o seu sucesso influenciará largamente a vida do idoso.

Alguns estudos demonstram que a mudança do ambiente familiar para um ambiente desconhecido, como é o caso de um lar, pode predeterminar alterações psicológicas, cognitivas e funcionais devidas ao isolamento, solidão e inatividade física do indivíduo, conduzindo a um aumento da dependência na concretização das AVD e diminuição da capacidade funcional (Ferreira & Yoshitome, 2010).

A qualidade de vida dos idosos institucionalizados, além do acolhimento na instituição, depende também do convívio de pessoas próximas, através de amigos ou familiares, de forma a evitar o estado de solidão ou isolamento que muitos vivem pelo afastamento destes elementos significativos. São de suma importância as ligações afetivas próximas (Carvalho e Dias, 2011).

Para os mesmos autores, existe uma forte ligação entre o ambiente familiar e o processo de adaptação à instituição, sendo o primeiro determinante na integração bem-sucedida do idoso.

As famílias representam um papel fulcral em todos os estádios do ciclo de vida familiar, e assim sendo, são tão importantes no fim da vida como nos estádios prévios. Também para Martins, Santos e Andrade (2015) a família continua a assumir uma importante posição no suporte social da pessoa idosa.

Não devemos, contudo esquecer que há muitas espécies de famílias, mais ou menos sadias ou doentias, pacíficas ou conflituosas, mais ou menos unidas ou desunidas, rígidas ou flexíveis, felizes ou infelizes e mesmo deprimidas. Conforme o tipo de família, assim será o apoio ou abandono, alegria ou sofrimento que proporcionam aos velhos (Oliveira, 2010).

De realçar que este suporte social pode ser dado não só pela família mas também por amigos. Vários estudos indicam que frequentemente os idosos, particularmente os não casados, se sentem melhor e mais satisfeitos na presença de amigos do que na companhia dos próprios familiares. Com os amigos partilham mais tempo, podem ser mais ajudados e recordam mutuamente memórias do passado, até porque muitas vezes os amigos mais íntimos provêm da infância e, quando vão morrendo, os idosos têm dificuldade em substituí-los (Oliveira, 2012).

Com base no exposto e aliada à motivação pessoal, decidimos enveredar pelo estudo que intitulamos “**Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado em Lar na cidade de Castelo Branco**”.

O tema escolhido surgiu pelo facto de termos exercido funções como Enfermeiros no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco durante os anos de 2013 a 2017 e, face à proximidade que estabelecemos junto destes idosos, bem como a importância que estes tiveram na construção da nossa pessoa, quer a nível pessoal como profissional, propusemo-nos avaliar a qualidade de vida que os idosos sentem ao

viverem institucionalizados, e o que poderá influenciar, com vista ao estabelecimento de medidas ou intervenções que possam proporcionar-lhes a melhor qualidade possível.

Assim, face à problemática subjacente elaborou-se a seguinte questão de investigação: **“Qual a Qualidade de Vida com que vivem os idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco?”**. Subsequente à questão pivô formulada, ainda nos interrogamos em que medida a **realidade sociodemográfica e socio-espacial, o estado de independência, afetivo e familiar influenciam a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB**.

Para responder às questões formuladas, definimos como objectivo geral: **“Estudar a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB”** e como objectivo específico, **“Identificar de que modo a realidade sociodemográfica e socio-espacial, o estado de independência, afetivo e familiar influenciam a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB”**.

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritivo e correlacional, retrospectivo, do tipo não experimental e transversal, dado que se reporta a um espaço temporal compreendido entre Fevereiro e Dezembro de 2018. Este estudo compreende uma amostra de 138 idosos, institucionalizados nos diversos lares da SCMCB.

O estudo é composto por duas partes distintas:

A **primeira parte** designada de Enquadramento Teórico, faz uma revisão da literatura que suporta este estudo, estando dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo incide sobre o envelhecimento, englobando a demografia europeia, nacional e albacastrense, o segundo aborda a dependência no autocuidado, o terceiro capítulo incide sobre depressão na terceira idade e qual o efeito da institucionalização. O quarto aborda a família e a institucionalização, procedendo a uma breve descrição da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco. Por fim, o quinto capítulo diz respeito à qualidade de vida, na sua conceptualização, a perspetiva na velhice, em lares de idosos e fazendo referência ao modelo concetual de Rosalie Kane.

A **segunda parte** corresponde ao Estudo Empírico sendo constituído por quatro capítulos. O primeiro diz respeito à metodologia, onde se faz a conceptualização do estudo, a identificação das características da amostra, a elaboração do instrumento de recolha de dados e os procedimentos técnicos e éticos que foram cumpridos.

O segundo capítulo compreende a apresentação e interpretação dos resultados após o tratamento estatístico e descritivo.

No terceiro capítulo é apresentada a discussão, onde se procede a uma análise crítica relativamente aos resultados obtidos e por fim, o último capítulo, diz respeito à conclusão, onde é apresentada uma sùmula dos resultados mais evidentes, bem como as implicações para a prática clínica.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.O Envelhecimento

Segundo a análise histórica, a partir da segunda metade do século XX, o envelhecimento e o crescimento da longevidade populacional, conseqüente da baixa natalidade e do aumento exponencial da esperança média de vida, determinam-se como dois dos fenómenos emergentes nas sociedades modernas e desenvolvidas.

O envelhecimento nas últimas décadas tem vindo a assumir uma importância crescente face aos indicadores demográficos. Trata-se de facto de um dos maiores êxitos da humanidade, mas também um dos maiores desafios face às suas conseqüências sociais, económicas e políticas. O envelhecimento da população é, antes de tudo, uma história de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e económico do mundo (Organização Mundial de Saúde, 2005 – OMS).

Porém, como referencia Martins (2004), não basta acrescentar anos à vida, mas sim melhorar a qualidade de vida dos idosos, acrescentando vida a esses anos.

Perante o pressuposto, importa conhecer e compreender o que é o envelhecimento, quais as suas conseqüências, e como a sociedade compreende este fenómeno.

A definição e concetualização do termo “envelhecimento” é uma tarefa complexa e difícil. Apesar de ser um termo cada vez mais utilizado e conhecido, as definições que se lhe atribuem nunca serão o suficientemente integrativas para dizer o que na realidade é envelhecer e chegar até a esta fase do ciclo de vida, que é a velhice (Chaves, 2015).

Já no ano 2000, Fontaine elucidava que envelhecimento não é sinónimo de velhice, sendo a velhice um estado que caracteriza um grupo de determinada idade, enquanto o envelhecimento seria um processo. Tal como Ladislav Robert em 1995 defendia que: *“O envelhecimento é, certamente, o fenómeno biológico mais equitativamente partilhado pelo reino animal e vegetal, ainda que alguns seres vivos envelheçam muito depressa, outros de forma muito mais lenta e outros, ainda, pareçam não sofrer de senescência. O envelhecimento resulta da incapacidade da grande maioria dos organismos para se manter num estado funcional igual e inalterado que*

permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e degradam.”

Para Cancela (2007), o envelhecimento é tendencialmente denominado como terceira idade, e atualmente, até mesmo de quarta idade. Contudo, o envelhecimento não corresponde a um estado, mas sim a um processo de degradação progressiva e diferencial que afeta todos os seres vivos e o seu fim natural é a morte do organismo. Trata-se portanto, de um processo natural e normal, comum a todos os seres vivos, merecendo a devida atenção para que seja compreendida toda a sua dimensão.

Para a OMS o grupo das pessoas idosas é representado pelos indivíduos com 65 e mais anos, porque na maior parte dos países desenvolvidos é nesta idade que ocorre a transição para a reforma e o fim da idade ativa (Soeiro, 2010; WHO, 2002).

Os especialistas que estudam o processo de envelhecimento referem-se a três grupos:

- Os idosos jovens, referindo-se a pessoas dos 65 aos 74 anos que habitualmente estão ativas e cheias de vigor;
- Os idosos velhos, com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos;
- E os idosos mais velhos, com 85 ou mais anos, sendo estes, aqueles que têm maior tendência para a doença e poderão ter mais dificuldade para desempenharem as atividades de vida diárias (Papalia, Olds & Fedman, 2006, citado por Rodrigues, 2015).

Para Martins (2006), apesar da categorização referida ser bastante comum, atualmente as pesquisas evidenciam que o processo de envelhecimento é uma experiência iatrogénica, vivida como uma experiência individual. Algumas pessoas aos 60 anos, já apresentam alguma incapacidade, outras estão cheias de vida e energia aos 85 anos (Rodrigues, 2015).

Segundo Scheneider & Irigaray (2008), o envelhecimento, não é determinado pela idade cronológica, mas é consequência das experiências vividas, da forma como se vive e administra a própria vida no presente e das expectativas futuras; é portanto, uma relação entre as vivências pessoais, o contexto social e cultural em determinada época, estando nela envolvidos diferentes aspetos: biológico, cronológico, psicológico e social (Rodrigues, 2015).

Vemos deste modo que o envelhecimento é pois, influenciado por fatores internos (idade, gênero, genética) e por fatores externos (ambientais, socioeconômicos, profissionais), quando iniciado não evolui de forma uniforme para todas as funções, pois no interior do organismo, o envelhecimento é diferencial para os vários órgãos, contribuindo para o mesmo os estilos de vida, as intercorrências de doenças, entre outros.

Quando nos referimos ao envelhecimento, poderemos estar a apontar para dois conceitos que apesar de se cruzarem, são distintos: o envelhecimento individual e o envelhecimento coletivo (envelhecimento demográfico) (Rosa, 2012).

O **envelhecimento individual** é um processo universal, progressivo e inevitável caracterizado por um conjunto complexo de alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, próprias de cada indivíduo (Seixas, 2013). Segundo Sequeira (2010, p. 19) “as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma ininterrupta, de acordo com a interação humana, onde cada uma afeta e é afetada”. No entanto, segundo o mesmo autor, ao falar de envelhecimento individual é necessário realizar a distinção entre o que é consequência deste processo e aquilo que lhe é secundário, causado por processos patológicos típicos dessa idade. Desta forma, emergem dois conceitos: o conceito de senescência e o conceito de senilidade (Birren & Zarit, 1985 como citado em Sequeira, 2010). A senescência ou, segundo alguns autores, envelhecimento primário, refere-se ao conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que decorrem em consequência do processo de envelhecimento. Por sua vez, a senescência, ou envelhecimento secundário, refere-se ao conjunto de modificações determinadas pelas patologias associadas às pessoas idosas (Sequeira, 2010).

Apesar das diversas modificações a nível individual, não existe um marcador biológico objetivo que se possa considerar como parâmetro de envelhecimento (Seixas, 2013). Cada pessoa manifesta sinais de envelhecimento de forma singular pois a vivência passada, os seus hábitos e estilos de vida, o seu gênero, a sua genética e a própria sociedade em que se insere, determinam o seu processo de envelhecimento (Rosa, 2012). A mesma ideia é corroborada por Fontaine e Fonseca (2000;2005 como citado em Costa, 2013) ao referirem que este processo passa por uma experiência única e pessoal e manifesta-se de diferentes formas de acordo com o desenvolvimento de cada indivíduo, a nível biológico (do próprio organismo), psicológico (alterações das

atividades intelectuais, motivacionais e da memória) e social (alterações nos hábitos pessoais, estatuto e papel do indivíduo).

De facto, na literatura gerontológica, estão descritas inúmeras teorias que tentam, de alguma forma, dar uma explicação ao processo de envelhecimento. Apesar de distintas todas se complementam, uma vez que falar de envelhecimento é falar de um processo complexo multifatorial e difícil de esclarecer.

Numa tentativa de explicar todas as modificações ligadas ao processo de envelhecimento, surgem diversas teorias, cada qual com um conjunto de conceitos, factos e indicadores (Fries & Pereira, 2011).

Mailloux-Poirier (1995, p. 103) refere como teorias biológicas: a **Teoria Imunitária** que refere que o envelhecimento resulta da formação de anticorpos que agridem as células sãs do organismo por parte do sistema imunitário; a **Teoria Genética** que considera o envelhecimento como um processo sucessivo e consequência da deterioração da informação genética necessária à formação das proteínas celulares; a **Teoria do Erro na Síntese Proteica** que defende que o envelhecimento resulta da morte celular, isto é, ocorre alterações na molécula de Ácido Desoxirribonucleico (ADN) que, por sua vez, alteram a informação genética levando à formação de proteínas incapazes de exercer as suas funções; a **Teoria do Desgaste** refere que a morte ocorre, porque os organismos não se podem renovar constantemente, acumulando danos ao longo da vida; a **Teoria dos Radicais Livres** que defende que os radicais livres no envelhecimento provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transforma-os em substâncias que envelhecem as células. Esta teoria pertence às designadas teorias catastróficas do envelhecimento nas quais os fenómenos surgem ao acaso e têm um impacto prejudicial sobre o organismo; **Teoria Neuroendócrina** que refere que a regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuroendócrinas.

Por sua vez, Fernández-Bellesteros (2000, como citado em Oliveira, 2014) considera que as teorias explicativas do envelhecimento se agrupam em três grandes grupos: **teorias biológicas** (genéticas, celulares, sistémicas, teorias dos eventos vitais biológicos e outras teorias como a do desgaste); **teorias psicológicas** (teorias do desenvolvimento, nomeadamente a de Erikson, teoria do enfoque do ciclo vital, teoria da atividade, teoria da continuidade); e **teorias sociológicas** (teoria da desvinculação, da subcultura, da modernização, entre outras).

A forma como a sociedade encara e vê o processo de envelhecimento é tão importante como a definição cronológica da “velhice” e a visão teórica deste processo.

Diversos estudos sobre representações sociais revelam que a ideia de idoso está geralmente associada a aspetos negativos, como figura decadente, necessitada e dependente (Ferreira, Maciel, Silva, Sá, & Moreira, 2010). Também Fonseca (2012, p. 96) refere que a visão tradicional do conceito de envelhecimento “ênfatiza a noção de défice ligada à condição de idoso descrevendo as pessoas idosas como incapazes ou em risco de se tornarem incapazes”. A interpretação da velhice é associada à decadência física, doença e dependência (Seixas, 2013). Os idosos são reconhecidos como alguém com muita idade e/ou aparência física de tal, com ideias que remetem a um passado inativo, pouco ágil, de quem se tem pouca participação social (Seixas, 2013). Esta visão negativa associa a velhice a uma última fase da vida humana em que as pessoas desistem de projetos futuros (Rosa, 2012). Estas crenças sobre os adultos mais velhos que se debruçam nos aspetos negativos da velhice são prejudiciais e distorcidas podendo influenciar a forma como os indivíduos mais velhos vivenciam esta fase do desenvolvimento, sua autoestima, a sua autoimagem e no seu bem-estar psicológico (Fernandes, 2014).

Segundo Uchôa (2003 como citado em Ferreira, Maciel, Silva, Sá & Moreira, 2010), a visão negativa e deficitária do envelhecimento é característica do ocidente, podendo ser explicada como consequência de uma sociedade centrada na produção, no rendimento, na juventude e no dinamismo. No entanto, noutras sociedades o envelhecimento é apresentado de forma mais positiva revelando assim que uma representação centrada em aspetos negativos não é universal.

No entanto, e felizmente, se para uns o envelhecimento é encarado como um período de grande fragilidade ou de decadência, e na realidade a palavra “velho” é muitas vezes, associada a uma conotação depreciativa, o que leva a que se opte pela palavra idoso, para outros o envelhecimento é sinónimo de elevado bem-estar emocional e pessoal (Carvalho & Dias, 2011). Esta visão positiva associa a velhice ao privilégio de chegar a idades mais avançadas podendo ser “o momento de muitos sonhos irrealizáveis durante a constante pressão da vida quotidiana quando se é ativo. Também a acumulação de experiência com a idade ajuda a fortalecer a valorização deste estado” (Rosa, 2012, p. 22). As pessoas idosas, apesar da sua idade cronológica, podem continuar a apresentar traços positivos de desenvolvimento psicológico visível

sobretudo nos indivíduos cujo processo de envelhecimento corresponde a um “envelhecimento bem-sucedido” (Baltes & Carstensen, 1996; Fonseca, 2005 como citado em Fonseca, 2012), em que o critério para o sucesso reside essencialmente na autonomia física, psicológica e social do idoso (Baltes & Baltes, 1990; OMS, 2001 como citado em Sequeira, 2010).

De facto, a velhice constitui um período de profundas “mudanças no *self*, decorrentes de alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações familiares, profissionais, na rede de relações e no próprio contexto de residência (levando por vezes à institucionalização)” (Fonseca, 2012, p.96) que implicam múltiplos ajustamentos e adaptações do indivíduo à sua nova forma de estar na vida (Seixas, 2013).

Segundo Shroots (1996) e Fernández-Ballesteros (2007) as pessoas idosas, em distintos momentos, possuem uma capacidade de adaptação que os permite suportar as situações de transição e de mudanças decorrentes do processo de envelhecimento (Fonseca, 2012). “A pessoa idosa quando confrontada com situações de vulnerabilidade crescente procura compensar essa mesma vulnerabilidade através do desenvolvimento de novos valores, novas competências e novos comportamentos” (Fonseca, 2012, p.103) direcionando os seus recursos cognitivos, como a atenção e a memória, para informação mais positiva que negativa investindo em partes emocionalmente mais importantes da vida (Cartensen, 2011 como citado em Chaves, 2015).

A par do conceito de envelhecimento individual importa concetualizar o **envelhecimento coletivo**, também designado de envelhecimento demográfico. Este conceito, segundo Rosa (2012) define-se como uma evolução particular da composição etária de uma população que corresponde ao aumento da proporção do número de pessoas em idades mais avançadas.

1.1.Demografia – Da realidade Europeia à Albicastrense

O envelhecimento demográfico é um fenómeno relativamente recente, ou seja, a velhice é jovem, e do ponto de vista histórico, mesmo os países mais desenvolvidos estão, ainda, a adaptar-se a esta realidade.

Segundo Azeredo, 2011, a população mundial vivencia um envelhecimento demográfico, que se consistiu como um fenómeno marcante para a humanidade, e origina transformações no quotidiano dos idosos, família e comunidade.

Nas últimas décadas do século passado verificou-se um incremento, de forma exponencial e sem interrupção, do número de idosos, que fez com que as sociedades mais desenvolvidas se transformassem em sociedades envelhecidas. Portugal não é exceção e verifica-se que, atualmente é uma sociedade envelhecida, existindo mais idosos do que jovens. A ciência demográfica tem identificadas as causas do processo de envelhecimento, sendo uma conjugação de fatores como a redução da mortalidade e a redução da fecundidade, assim como a grande emigração portuguesa verificada nas décadas de 1960 e 1970 (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques 2013).

Para a Direção Geral de Saúde foram as alterações na estrutura e comportamentos sociais e familiares do último século, que trouxeram como consequências alterações demográficas e com elas o envelhecimento da população portuguesa, tornando notório e urgente a adaptação de respostas às necessidades na área da saúde (DGS, 2004).

De acordo com Bandeira (2012), a progressiva diminuição das gerações mais jovens e o aumento das gerações mais velhas gera desequilíbrios estruturais entre gerações que tenderão a evidenciar-se à medida que a esperança média de vida beneficie principalmente as idades pós-ativas, o que poderá conduzir a uma nova reestruturação da curva de sobrevivência e a um envelhecimento mais acentuado do topo da pirâmide demográfica.

Fruto do aumento da esperança média de vida, os dados demográficos do Instituto Nacional de Estatística (INE) permitiram identificar um acréscimo acentuado no índice de longevidade que em 2017 representou um valor de 48.4, contra 41 em 2001 e 39 em 1991 (INE, 2012). Ainda assim e de acordo com Ladeiras (2011), o nosso país já deixou de conseguir substituir as gerações anteriores em todas as regiões. A previsão elaborada pelas Nações Unidas e referida por Ladeiras (2011) relata que nem sequer a entrada de imigrantes e o aumento da esperança de vida já referido, vão compensar o envelhecimento e o recuo populacional, ameaçando a sustentabilidade económica.

Segundo a Base de Dados de Portugal Contemporâneo (PORDATA), em Portugal, o número de idosos por cada cem jovens, nomeadamente o **Índice de**

Envelhecimento, tem vindo a aumentar ao longo dos anos, conforme podemos verificar no gráfico seguinte:

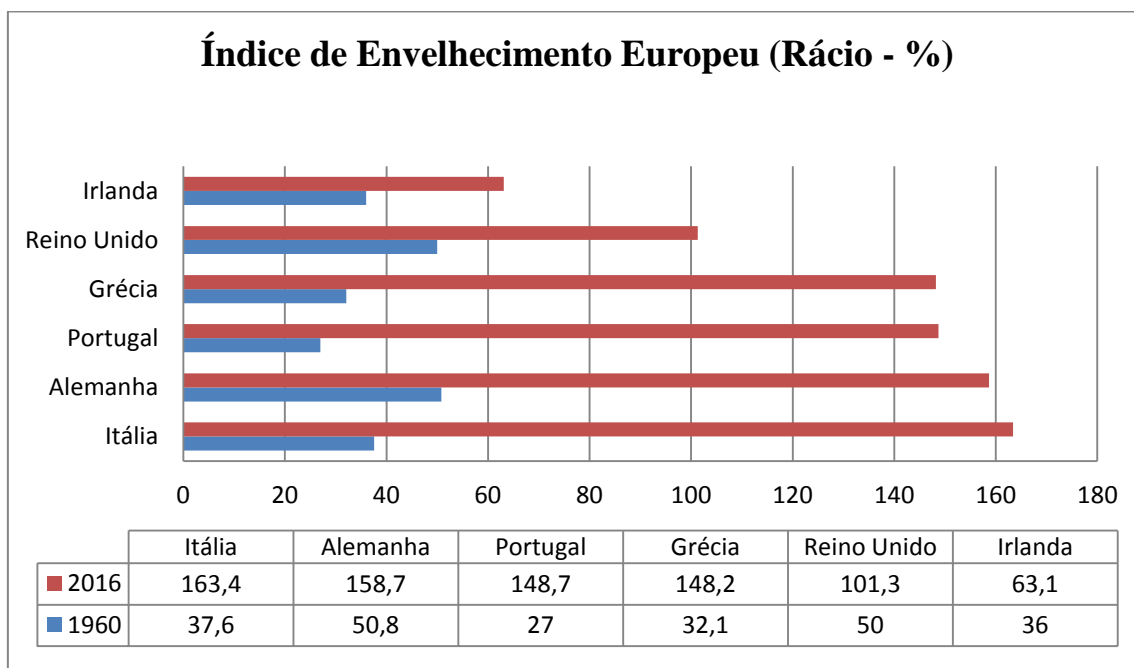


Gráfico 1: Índice de Envelhecimento na Europa (Rácio - %) 1960-2016
Fonte: PORDATA (2019)

Observa-se que de 1960 até ao ano de 2016 apenas a Itália e a Alemanha tiveram um índice de envelhecimento superior ao português, sendo Portugal o terceiro país segundo este indicador. Em contrapartida, dos países que apresentam um menor crescimento, salientam-se o Reino Unido e a Irlanda, ficando em 24º e 28º, respetivamente.

No que concerne aos próximos 50 anos, os resultados prospetivos de Portugal, INE (2015) demonstram que Portugal deverá continuar a envelhecer e de forma intensa, prevendo que em 2060, o número de pessoas com 65 ou mais anos poderá ser quase o triplo do número de jovens.

Similarmente à população portuguesa em geral, também a análise sectorial do território nacional nos demonstra esta tendência global como podemos constatar através do gráfico que se segue:

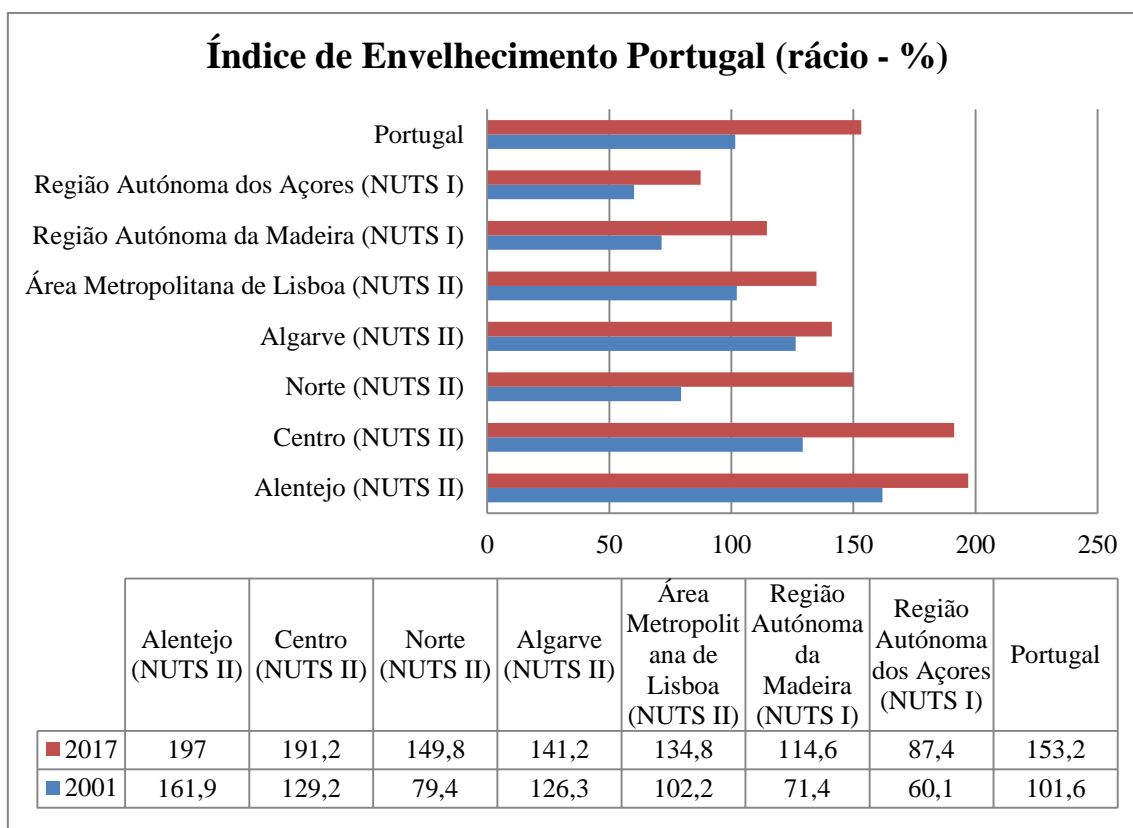


Gráfico 2: Índice de Envelhecimento em Portugal (Rácio - %) 2001-2017
Fonte: PORDATA (2019)

Comparativamente à análise anterior, ao longo de todo o território nacional, observa-se a mesma tendência para o aumento da população idosa em função da jovem sendo que o índice de envelhecimento aumentou nos últimos anos em todos os sectores. Salienta-se a Região Centro do País bem como o Alentejo como as mais envelhecidas apresentando um índice de envelhecimento de 191,2% e 197%, respetivamente, ambas consideravelmente superiores à média nacional (153,2%).

Relativamente à população da cidade de Castelo Branco e seu distrito, cidade onde decorreu este estudo, e a qual dá resposta social para toda a sua envolvência territorial podemos observar nos seguintes gráficos que, Castelo Branco, segundo a figura 3, é a quarta cidade com maior número de idosos por cada cem jovens, sendo apenas superada pela cidade do Porto, Bragança e Portalegre. Segundo a figura 4, podemos observar que, apesar da cidade de Castelo Branco ter 204,7% de IE, no seu distrito encontram-se três das cinco localidades com maior índice de Portugal, sendo elas Vila Velha de Rodão, Penamacor e Oleiros com 733,3%, 636,7% e 626,4% respetivamente.

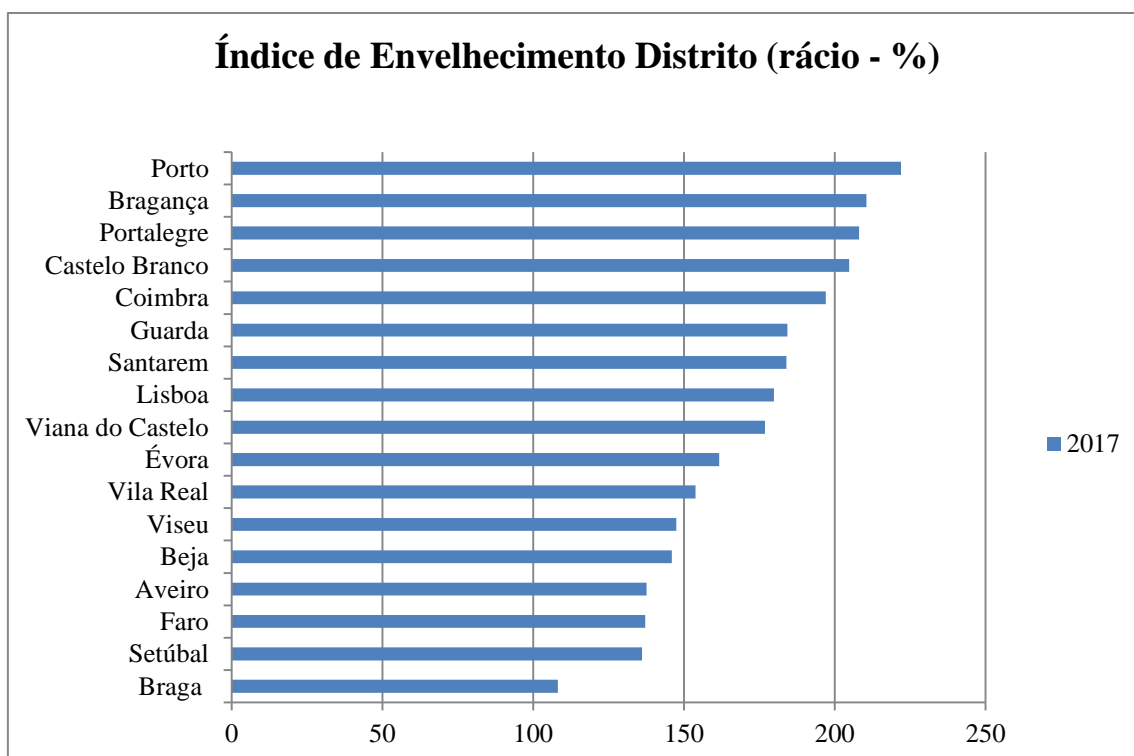


Gráfico 3: Índice de Envelhecimento por Capital de Distrito (Rácio - %) 2017
Fonte: PORDATA (2019)

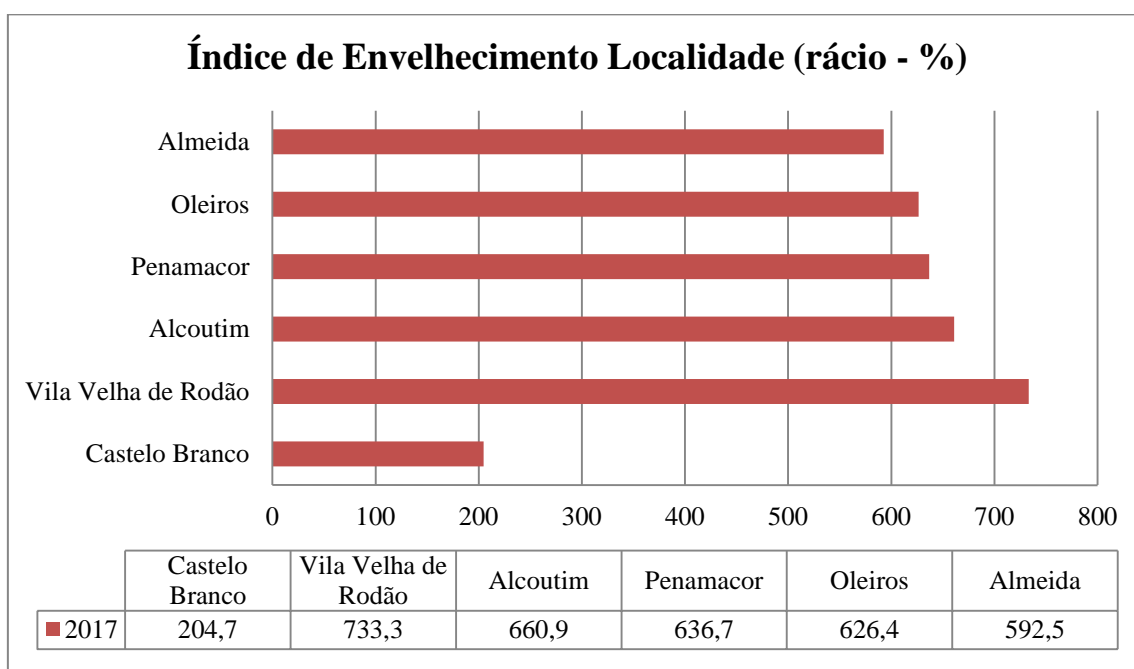


Gráfico 4: Índice de Envelhecimento por Localidade (Rácio - %) 2017
Fonte: PORDATA (2019)

Assim, sabendo que o distrito de Castelo Branco é um dos mais envelhecidos e com maior número de idosos em relação com a população jovem, torna-se imperativo a

criação de infraestruturas, instituições e apoios para esta geração, bem como a regular avaliação da qualidade dos serviços prestados. Já que em algum momento, o estado de dependência da pessoa pode alterar-se e será necessária uma resposta comunitária no sentido de colmatar a falta de resposta familiar em função do decréscimo gradual da população jovem e ativa ao contrário da população envelhecida que tende a aumentar.

Segundo Oliveira (2010), são várias as consequências do envelhecimento demográfico com repercursões. A **nível social**, pois estamos perante a intergeracionalidade familiar com um ou mais idosos entre as famílias e ao aumento da institucionalização dos idosos; a **nível de saúde**, confrontando-nos com o aumento dos gastos em medicação e tratamentos, aumento de internamentos hospitalares, aumento de transtornos mentais na população, aumento de suicídios e a problemática da eutanásia, levando à necessidade de maior número de serviços de saúde; a **nível económico**, pois existem cada vez mais reformados, menos receitas para os cofres do estado e mais estruturas residências para idosos; a **nível político**, pela possibilidade de um maior número de votos nos partidos conservadores; a **nível cultural**, com necessidade de criação de Universidades Séniores e programas de ocupação de tempos livres; e a **nível da ciência teórica e aplicada**, devido à exigência de ampliação de conhecimentos na área da gerontologia e geriatria, tal como na formação de profissionais qualificados que possam dar resposta às necessidades desta população.

Logo, a Qualidade de Vida com que os nossos idosos vive em instituições de residência permanente deve ser uma preocupação de qualquer profissional de saúde assim como de qualquer cidadão português, porque será do modo como cuidarmos dos idosos de hoje que seremos cuidados amanhã se nada for feito.

O facto de se viver mais tempo, nem sempre significa a existência de qualidade de vida, no entanto, face ao cenário do envelhecimento demográfico, as sociedades devem dar uma dimensão humana ao envelhecimento e à velhice.

2. Dependência no Autocuidado

A independência coincide sobre o nível de funcionamento físico do indivíduo e a capacidade de realizar atividades da vida diária sem ajuda. Independência é entendida como a capacidade do indivíduo funcionar e fazer escolhas, direcionar ou negociar exigências da sua execução (Welford, Murphy, Casey & Wallace, 2010). A importância de manter o funcionamento e independência na promoção de um sentimento de dignidade é reconhecida em modelos de dignidade (Bayer, Tadd & Krajcik, 2005) e as preocupações sobre um possível aumento da dependência física e mental (Franklin, Ternstedt & Nordenfelt, 2006) tem sido demonstradas em estudos centrados particularmente na população idosa (Hall, Longhurst, Higginson, 2009; Hall, Goddard, Opio, Speck & Higginson, 2011).

Contudo, o ideal liberal da independência nos cuidados e serviços de apoio é ainda negado, já que reconhecer ou aceitar essa necessidade envolve uma aceitação plena e ter como fim último o valor da pessoa (Agich, 2007). Manifesta-se na capacidade de manter capacidades mentais e de realizar tarefas associadas com as atividades da capacidade funcional (Chochinov *et al*, 2002), tais como a manutenção das rotinas diárias (Meyer, 2010; Capezutti & Hamers, 2013) através do apoio pela família, membros e profissionais de saúde (Cooper, Blanchard, Selwood, Walker & Livingston, 2010).

Os sentimentos de estar em casa também são experimentados por pessoas que vivem em residências sêniores, com um forte sentimento de segurança garantido pelo ambiente profissional destinado a capacitar ativamente essas rotinas pessoais através de ações de atenção e empatia, com práticas de atendimento humanizadas e sensíveis (Östlund, Brown, Johnston, 2012).

A manutenção de tarefas diárias e atividades sociais cujo desempenho requer habilidades e comportamentos específicos, com a agravante dos efeitos do envelhecimento poderem não só atrapalhar a capacidade das pessoas de realizar o que até agora tem sido a sua rotina diária, mas também se poderem manifestar em mudanças nas suas atitudes nas várias componentes da vida independente (Marques, Gerry, Diniz & Ferreira, 2012). Desta forma, o desenvolvimento de atividades independentes e a

capacidade de controlar a própria vida de acordo com as suas necessidades e preferências são objetivos para os idosos (Dale, Soderhamn & Soderhamn, 2012).

O autocuidado é uma função reguladora que permite às pessoas desempenharem, por si só, as atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar. Quando falamos de autocuidado, faz sentido falar também de cuidar, que segundo Collière (1999) é o ato de manter e sustentar a vida, assegurando a satisfação de um conjunto de necessidades. É um ato que a pessoa presta a si própria, desde a aquisição de autonomia; mas também um ato que se presta temporário ou definitivamente a quem tem necessidade de ajuda para desempenhar as suas atividades de vida diária.

O autocuidado começa com a responsabilidade individual na tomada de decisões diárias no que diz respeito ao seu estilo de vida e aos riscos que toma. Refere-se também às competências e práticas quotidianas que uma pessoa, família ou grupo, realiza para cuidar da sua saúde (Chambers, 2006).

Cada pessoa, seleciona ou adota um conjunto de ações, definindo o seu padrão de autocuidado; a eleição dessas ações depende de decisões pessoais, tendo em conta os valores e as metas projetadas pela pessoa (Eliopoulos, 2011). No entanto, a adoção do estilo de vida em que se encontra incluído o autocuidado, é condicionado a nível físico e psicossocial pelo ambiente. Assim, o autocuidado está relacionado com os hábitos, as crenças, as práticas e os costumes culturais e também com os aspetos educacionais relacionados com habilidades e limitações pessoais, experiências de vida, estado de saúde e recursos disponíveis do grupo onde o indivíduo está inserido.

O autocuidado é indispensável à conservação da vida e resulta do crescimento diário da pessoa, na experiência como cuidador de si mesmo e de quem faz parte das suas relações. Todos os indivíduos adultos e saudáveis têm capacidade de se autocuidar. Por motivos de doença, idade, estado de desenvolvimento, falta de recursos ou fatores ambientais a necessidade de autocuidado do indivíduo é superior à sua capacidade de o realizar. Quando existe défice de autocuidado, o indivíduo pode necessitar de ajuda a fim de satisfazer as suas necessidades de autocuidado. Assim, a pessoa dependente é aquela que durante um período de tempo, mais ou menos prolongado, necessita de ajuda de outra pessoa ou de equipamento para realizar atividades de vida diárias.

O autocuidado é considerado um componente integrante da gestão das doenças crônicas e da preservação de um nível aceitável de funcionalidade. Permite às pessoas observarem-se, reconhecerem sintomas e escolher estratégias apropriadas para minimizar a sintomatologia e maximizar a saúde (Sidani & Braden, 2011). Assim, integra a capacidade de cuidar de si próprio e também o desenvolvimento de atividades indispensáveis para atingir, manter ou promover uma saúde ótima (Rodrigues, 2015).

A promoção da autonomia e independência, na pessoa idosa, está diretamente relacionado com a qualidade de vida. Uma forma de mensurar a qualidade de vida do idoso, consiste em avaliar o grau de autonomia e independência com que o mesmo realiza as atividades do seu dia-a-dia (Santos, 2000). No processo de envelhecimento, o que se torna mais evidente é a limitação progressiva das capacidades do indivíduo na realização das atividades de vida diárias de forma autónoma e independente.

A dependência sempre existiu ao longo dos tempos e do ciclo vital, porém, nos nossos dias, em que acontecem alterações estruturais como o maior envelhecimento da população; a mudança do perfil das patologias, com maior incidência de doenças crônicas; a mudança das estruturas familiares, com a presença das mulheres no mundo do trabalho; este fenómeno da dependência no autocuidado torna-se um grande desafio ao nível da saúde e também social e político (Rodrigues, 2015).

Nas pessoas com mais idade, existe grande prevalência de doenças crônicas incapacitantes, limitações físicas, perdas cognitivas, declínio sensorial, acidentes (quedas) e isolamento social. Segundo Pereira (2003) as causas mais comuns de perda de independência funcional do idoso são as imobilidades e as inatividades. A imobilização accidental como resultado de fraturas ósseas, devido a quedas, assim como doenças crônicas, nesta faixa etária contribui em grande escala para a dependência no autocuidado.

Em idades avançadas, a dependência amplia-se e multiplica-se, sendo a tendência a ser um estado permanente. O Decreto-Lei nº100/2006 (D.R. 2006;3855) utiliza o conceito, referindo: “uma pessoa por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiências, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue por si só, realizar as atividades de vida diárias”.

Quando falamos de autocuidado ou dependência no autocuidado e para um melhor entendimento deste fenômeno, faz sentido fazermos referência aos principais marcos teóricos que desenvolveram esta temática. Assim, será adequado, abordarmos as teorias do autocuidado de Dorothea Orem e a perspectiva teórica das transições com relevância para a enfermagem de Afaf Meleis.

Orem (2001), define autocuidado como uma ação adquirida/aprendida por uma pessoa no seu contexto sociocultural. A pessoa realiza uma ação de forma voluntária, deliberadamente com o objetivo de preservar a sua vida, a sua saúde e bem-estar e das pessoas sob a sua responsabilidade. A aptidão da pessoa para se comprometer com o seu autocuidado depende das suas capacidades ativas, da idade, da sua etapa de desenvolvimento, do seu estado de saúde, da sua experiência, dos seus recursos intelectuais, seus interesses e motivações.

Segundo a mesma autora, os seres humanos diferenciam-se dos outros seres vivos pela capacidade de refletir sobre si mesmos, de simbolizar o que vivenciam e utilizar criações simbólicas no pensamento, na comunicação dirigida a ações benéficas para si mesmos e para os outros. A Teoria Geral de Enfermagem criada por esta teórica, integra três teorias: Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria Geral de Enfermagem. A Teoria do Autocuidado, explica por que razão o autocuidado é necessário para a saúde e bem-estar da pessoa; a Teoria do Défice de Autocuidado explica quando e porque é necessária a enfermagem para ajudar as pessoas; a Teoria Geral de Enfermagem explica como as pessoas são ajudadas por meio da enfermagem.

Para Orem (2001), as atividades do autocuidado são influenciadas pelas crenças culturais, hábitos/costumes e práticas habitacionais da família e da comunidade em que o cliente está inserido. A mesma autora, relaciona as atividades do autocuidado com três exigências ou requisitos, tendo como objetivo promover as condições necessárias para a vida e crescimento, prevenindo o aparecimento de condições adversas nos distintos momentos do processo evolutivo do ser humano.

A Teoria de Orem objetiva, possibilitar ao indivíduo, família e comunidade, a oportunidade de tomarem iniciativas e assumirem responsabilidades, assim como empenharem-se no desenvolvimento do seu caminho no sentido da melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar. Desta forma, o autocuidado está muito além daquilo que a pessoa pode fazer por si, requer liberdade, mas também controlo e responsabilidade do próprio para assegurar e manter a sua qualidade de vida.

Os sistemas de enfermagem, são um conjunto de ação de planeamento e execução que visam o cuidado ao indivíduo com diferentes graus de dependência e a promoção do seu autocuidado (Orem, Taylor & Renpenning, 2001).

Segundo Orem (2001), os fatores internos e externos aos indivíduos, são os condicionantes básicos. Estes interferem na capacidade do indivíduo para se ocupar do seu autocuidado, ou afetam o tipo e quantidade de autocuidado requeridos. Estes fatores são: a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde/doença, a orientação sociocultural, os fatores do sistema de saúde, os fatores do sistema familiar, os padrões e estilos de vida, os fatores ambientais, a disponibilidade e adequação de recursos de apoio. Estes fatores influenciam a capacidade de autocuidado e as formas de atender os requisitos de autocuidado, condicionando as ações terapêuticas de enfermagem.

Quando observamos os diferentes aspetos que segundo Orem, influenciam o autocuidado dos clientes, somos levados para o território dos fatores condicionantes das transições vividas pelos clientes.

Meleis e colaboradores (2000), referem que a transição é o resultado de mudanças no estado de vida, saúde, relações interpessoais e ambiente. Para Schumacher e Meleis (1994), as transições são um conceito do interesse da enfermagem, são mesmo um “conceito central” da disciplina. Com o desenvolvimento da pessoa, é inevitável a mudança, mas esta mudança pode não ser desejável ou natural. Chick e Meleis (1996) referem que a transição em alguns casos começa por situações que não são controlados pelo sujeito, enquanto noutros, a transição é deliberadamente procurada através eventos como a mudança de profissão, casamento, gravidez, paternidade, entre outros.

As situações em que os clientes transitam de um estado de independência para a dependência no autocuidado, resultado do processo de envelhecimento (transição desenvolvimental) ou de um estado patológico (transição saúde/doença) (Meleis *et al*, 2000), representam uma transição com grande relevância para a enfermagem, pois, como vimos, ajudar a pessoa a promover e desenvolver as suas capacidades de autocuidado é uma das funções centrais da enfermagem (Orem, 2001).

O papel de enfermagem assenta na ajuda aos utentes, de modo a facilitar as transições dirigidas para a saúde e bem-estar, ajudando no processo de aquisição de

competências para a mestria, possibilitando aos indivíduos um nível ótimo de conhecimento e funcionamento.

A instalação de um quadro de dependência no autocuidado, dá origem a mudanças significativas na saúde dos clientes, tornando-os mais vulneráveis e influenciando fortemente a sua qualidade de vida.

O fenômeno de dependência no autocuidado para a enfermagem é de extrema importância, pelo impacto individual e coletivo que tem na saúde, merecendo investigação.

3. Depressão na Terceira Idade

A depressão é uma perturbação do humor, de gravidade e duração variáveis, que é acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica.

Esta perturbação é uma doença mental grave que perturba o equilíbrio emocional de uma pessoa, levando a uma diminuição da qualidade de vida (Rucan, Hategan, Barbat, & Alexiu, 2010).

É, atualmente, a principal causa de incapacidade em todo o mundo, ocupa o quarto lugar a nível mundial entre as dez principais causas de patologia e segundo as projeções, ocupará o segundo lugar nos próximos 20 anos. A depressão é atualmente responsável por 6,2% da carga de morbilidade na região Europeia da OMS (Apóstolo, Figueiredo, Mendes & Rodrigues, 2008).

O interesse pela temática da depressão na velhice tem aumentado de forma significativa devido ao fenómeno do envelhecimento demográfico. A depressão é comum na terceira idade e, contrariamente à opinião popular, não faz parte do processo natural do envelhecimento. A depressão não é frequentemente detetada por ser muitas vezes considerada, erradamente, como parte integrante do processo de envelhecimento.

A maioria dos autores afirma que a depressão é mais frequente nos idosos, em comparação com outros grupos etários, dado que estes estão mais vulneráveis por estarem mais propensos à exposição dos fatores de risco que a desencadeiam. No entanto, outros sugerem que os mais velhos podem ter estratégias de coping mais eficazes, devido à sua experiência de vida, a qual pode contrariar situações adversas que possam conduzir à depressão (Martin *et al.*, 1992, Mirowsky & Ross, 1992, cit. in Chou & Chi, 2005). A depressão nos mais idosos pode mesmo diminuir como uma consequência da sobrevivência selectiva (Koenig & Blazer, 1996; Haynie *et al.*, 2001, cit. in Chou & Chi, 2005).

No seu trabalho, Fernandes (2014) menciona vários estudos que nos falam da prevalência da depressão no idoso em Portugal. Numa comunidade idosa no norte de Portugal, Barreto (1984) encontrou uma prevalência de 25% de depressão, presenciando também Valente (1991) no seu estudo com os idosos que frequentavam os centros de saúde de Lisboa uma prevalência de 35% para depressão geriátrica.

Seabra e colaboradores (1991) através da sua investigação com idosos reformados no Algarve concluíram inesperadamente, que existe uma prevalência 72% de depressão. Igualmente, Serra e Gouveia (1977) em Unhais da Serra ao estudar um grupo de reformados, observaram que 40% dos homens tinham perturbações afetivas e que esta percentagem era ligeiramente mais baixa nas mulheres. A autora fundamentou assim, que a depressão parece ser a perturbação psíquica mais frequente nos idosos (Teixeira, 2010). Salienta-se ainda um estudo no qual existiram 1.639 idosos em análise, dos quais 325 (19,8%) apresentavam rastreio positivo para sintomatologia depressiva e, destes, 3,7% faziam uso de antidepressivo (deprimidos com tratamento) (Teixeira, 2010).

Num estudo com 955 pacientes em tratamento psiquiátrico para a perturbação depressiva major, realizado nos Estados Unidos, Mueller e colaboradores (2005), retiraram uma sub-amostra de 332 sujeitos com idades iguais ou superiores a 65 anos. Os autores compararam esta sub-amostra com os participantes dos outros escalões etários (17-30, 31-50 e 51-64) e concluíram que os idosos apresentavam mais depressão primária e uma maior recorrência, apesar de apresentarem igual tempo médio de recuperação.

Segundo Barroso & Tapadinhas (2006), a depressão geriátrica é pouco reconhecida. O quadro clínico da depressão é relativamente comum entre os idosos, uma vez que são muitas as perdas e as mudanças nesta fase das suas vidas. Do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas como a diminuição do apoio familiar, social e económico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e incapacidade crescente, e ainda, a perda de apoio emocional, viuvez, morte de amigos e família, conduzindo ao isolamento e à solidão. Acrescendo que a depressão nos idosos é muitas vezes sub diagnosticada ou inadequadamente tratada, os sintomas depressivos entre os idosos podem também ser subestimados, pois muitos deles minimizam os sintomas psicológicos, atribuindo a causas fisiológicas como o sono, fadiga entre outros.

De acordo com Pino (2003), os idosos com limitações no seu ambiente físico possuem cinco vezes mais hipóteses de sofrer depressão. Em ambientes menos seguros, são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais suscetíveis ao isolamento e a sofrer problemas de mobilidade, o que influencia a sua qualidade de vida e conseqüentemente aumenta a probabilidade de depressão.

Os resultados da pesquisa de Fleck e colaboradores (2009) mostram que a presença de sintomatologia depressiva está associada com pior funcionamento social e qualidade de vida, bem como a uma maior utilização dos recursos de saúde. Os indivíduos com maior intensidade de sintomas depressivos avaliaram a sua saúde como pior e estão menos satisfeitos com ela do que aqueles com menor intensidade de sintomas depressivos (Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006).

Outros estudos demonstram, que a depressão na idade adulta avançada está associada ao aumento da morbidade, aos défices de funcionalidade, à mortalidade e à diminuição da qualidade de vida. Por outro lado, o elevado nível de sintomatologia depressiva, em idosos, está associado a baixo nível de satisfação de vida ao longo do tempo (Beekman *et al.*, 2002; Berg, Hoffman, Hassing, McClearn, & Johansson, 2009).

Os sintomas depressivos clinicamente relevantes têm uma elevada prevalência em pessoas com setenta e cinco anos de idade ou mais (Dozeman *et al.*, 2010). No entanto, as pessoas muito idosas com um estado de saúde vulnerável estão sub-representadas nos estudos que focam a incidência e os fatores de risco da sintomatologia depressiva. Os autores mencionam ainda, que um estado de saúde mais vulnerável está associado a um risco elevado de manifestação de sintomas depressivos, por conseguinte será espectável que neste grupo etário, o risco de serem evidenciados sintomas depressivos seja muito elevado (Dozeman *et al.*, 2010).

Os sintomas de depressão muitas vezes são vistos como consequências diretas da vulnerabilidade dos mais velhos, em vez de serem considerados como um problema isolado que requer intervenção específica e adequada. Contudo se a presença de sintomas depressivos, que ainda não preencham os critérios de diagnóstico, indica um risco elevado de desenvolvimento de uma perturbação depressiva, é indispensável assumir uma postura que reconheça a vivência deste tipo de experiências nas pessoas mais velhas, não discriminando nem descredibilizando o sofrimento psicológico que está em causa. Por outro lado, as atividades preventivas carecem de atenção, particularmente, porque se sabe que a prevenção das perturbações depressivas pode ser eficaz nos idosos (Dozeman *et al.*, 2010).

Com o objetivo de investigar a prevalência dos sintomas depressivos em diferentes populações de idosos, foram entrevistados 30 idosos residentes em sua casa ou de familiares, 30 idosos residentes em instituições e 30 idosos hospitalizados, todos com 60 anos ou mais. O resultado do estudo revelou que os idosos institucionalizados

apresentam maiores níveis de depressão grave e muito grave, a menor prevalência de sintomas depressivos foi encontrada entre os idosos residentes em domicílio, e as mulheres apresentaram uma maior percentagem de sintomas depressivos muito graves, em todos os locais (Porcu *et al.*, 2008).

Para identificar as características da população idosa que estão em maior risco de mortalidade em função de sintomas depressivos, género e uso de antidepressivos, um grupo de investigadores franceses realizou um estudo longitudinal entre 1999 e 2001, no qual participaram 7.363 idosos com idades superiores a 65 anos e não institucionalizados. A conclusão do estudo revela que a associação entre depressão e mortalidade depende do género e varia de acordo com os sintomas e uso de antidepressivos. Os homens deprimidos e a tomar antidepressivos apresentam maior risco de mortalidade, o aumento da gravidade da depressão corresponde a um risco mais elevado de mortalidade. Em contraste, nas mulheres, apenas as que possuíam depressão grave e não realizavam qualquer tratamento antidepressivo, apresentaram um aumento significativo do risco de mortalidade.

Por sua vez Slone e colaboradores, encontraram correlações entre a sintomatologia depressiva e o estado civil, designadamente maiores índices em idosos viúvos, solteiros e divorciados (Slone *et al.*, 2006). Stek *et al.* (2006), sustentam que idosos que não possuem alguém em quem confiar ou um relacionamento íntimo, manifestam maior suscetibilidade para a sintomatologia de depressão (Djernes, 2006; Irigary & Schneider, 2007).

McInnis & While, 2001 cit in Palarea, Pascual & Francés, 2001, ao investigar diferentes aspetos relacionados com o apoio social, suporte e frequência de contactos com a população geriátrica e satisfação com os mesmos, encontraram diferenças estatisticamente significativas no que respeita ao sentimento de solidão e o desenvolvimento de patologia no idoso.

A pessoa pode adoecer, não apresentando toda a sintomatologia característica da patologia, ou manifestando-a com diferentes graus, pelo que a sua fenomenologia assume maior relevância na compreensão das questões da saúde mental, onde cada indivíduo, de forma individualizada, reflete um passado biográfico, uma linguagem, uma cultura, e uma forma muito particular de mostrar as suas emoções e sentimentos. Estes fatores evidenciam que a sintomatologia depressiva assumam contornos quase de exclusividade para cada indivíduo.

Assim, e sabendo que o estado depressivo condiciona fortemente a qualidade de vida do idoso, é de extrema importância uma abordagem focada na individualidade da pessoa a fim de prevenir o surgimento, ou detectar precocemente os sinais ou sintomas desta patologia e encetar intervenções com vista ao controlo e tratamento dos mesmos.

3.1.A Depressão em contexto institucional

É sabido que a depressão é uma doença comum em idosos institucionalizados e com percentagens de prevalência superiores à verificada em idosos a residir na comunidade. A explicação para tal ocorrência é complexa e está longe de ser consensual.

A transferência de um idoso da sua casa para uma instituição, acarreta potencial para produzir danos como: depressão, confusão, perda do contato com a realidade, despersonalização, isolamento e separação da sociedade (Araújo & Ceolim, 2007). Alguns estudos defendem que a ocorrência de depressão entre os idosos institucionalizados é 10 a 22% maior quando comparada aos idosos que vivem na comunidade, variando as taxas de sintomas depressivos entre 10 a 30%, acrescendo o risco nos primeiros meses de internamento (Neru, Lenardt, Betiolli, Michel & Willig, 2011).

A admissão numa instituição está relacionada com perdas em vários aspetos como, a perda de autonomia e funcionalidade, mas também a perda de bens como o próprio ambiente familiar. Esta perda pode ser sentida em maior medida por aqueles que viveram anteriormente na sua própria casa do que aqueles que vêm de uma outra instituição, como uma instituição residencial ou hospitalar. O impacto da admissão para o desenvolvimento de sintomas depressivos pode, por conseguinte, também ser diferente para os idosos com estas origens (Achterberg, Pot, Kerkstra, & Ribbe, 2006).

Apesar da sua capacidade em fornecer serviços globais, o ambiente dos lares de idosos propicia aos residentes inúmeros desafios que podem contribuir para o desenvolvimento de depressão.

Os idosos que ingressão em lares de terceira idade experienciam muitas perdas, tais como, perda de casa, pertences, animais, perdas financeiras, perda de uma rotina familiar e de vizinhança. Estas perdas representam grandes mudanças de vida que podem ser desmoralizantes para alguns moradores. Os residentes também podem sofrer

perdas psicológicas profundas relacionadas com a independência, a liberdade, autonomia e privacidade. Por exemplo, compartilhar um quarto ou uma casa de banho pode ser uma mudança dramática no estilo de vida de um adulto. Embora a partilha de um quarto possa minimizar a depressão de alguns moradores, para outros pode contribuir para o desenvolvimento de depressão. (Lawton, 2001).

O ambiente físico do lar, com o seu mobiliário institucional e odores característicos, pode ser desmotivante. Altas taxas de remodelação das equipas com pouca formação e a variedade de características socioeconómicas e culturais pode criar um ambiente propício a mal entendidos e conflitos. Finalmente, a obrigatoriedade de viver numa “institucionalização total”, à mercê da equipa de cuidadores, de horários estabelecidos para as refeições, acordar, deitar, banho e atividades de lazer, podem reforçar o sentimento de dependência e desesperança. A plena compreensão e identificação da depressão no idoso dependem de uma avaliação cuidada da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (Goffman, 1961 citado por Hyer, Larpenter, Bishmann, & Wu, 2005).

Nas primeiras semanas após a admissão no lar, os residentes sentem-se muitas vezes deslocados, vulneráveis e abandonados (Patterson, 1995). O risco de desenvolvimento de depressão passa efetivamente a ser considerável. A institucionalização pode, portanto, ser um evento desencadeante de sintomas depressivos (Forsell & Winblad, 1999, Forsell, 2000 citados por Bergdahl, Allard, Alex, Lundman, & Gustafson, 2007; Lee *et al*, 2002, citados por Achterberg, Pot, Kerkstra, & Ribbe, 2006).

A depressão é comum nas pessoas idosas, muitas vezes não diagnosticada e normalmente não tratada (Frojd, Hakansson, Karlsson, & Molarius, 2003). Muitas vezes é difícil definir os limites entre a depressão e outros estados mentais, tais como ansiedade, debilidade cognitiva, comportamentos semelhantes à depressão e doença física.

As taxas de prevalência de depressão em idosos residentes em lares são três a cinco vezes superiores às das pessoas idosas que vivem na comunidade (Brown, Lapane, & Luisi, 2002) e apesar de uma maior sensibilização e da disponibilidade de tratamento eficaz, a grande maioria dos casos de depressão passam despercebidos aos profissionais de saúde das instituições para a terceira idade.

Mesmo quando a depressão é reconhecida, menos de um quarto das pessoas diagnosticadas recebe tratamento e quando tratadas com terapêutica antidepressiva, muitas vezes recebem uma dose inferior à ideal (Brown, Lapane, & Luisi, 2002).

Melhorias no reconhecimento da depressão em idosos deveriam ser uma importante prioridade já que estratégias para melhorar o tratamento só podem ser aplicadas depois do reconhecimento da mesma, mas sobretudo a prática nas instituições para a terceira idade devia primar por ações que visassem a prevenção, salientando-se a importância do correto acompanhamento do idoso ao longo do processo de admissão e adaptação à institucionalização.

4.Família e Institucionalização

Os idosos são agentes ativos na rede familiar ao contribuírem positivamente para o cuidado das gerações mais novas e desempenharem papéis nas dinâmicas familiares intergeracionais. Também é no seio familiar, espaço social com maior relevância para a pessoa e com grande destaque na fase mais avançada do ciclo de vida, que os idosos participam nas dinâmicas familiares, envelhecendo de forma ativa e com qualidade de vida (Lopes e Gonçalves, 2012).

Com a competitividade laboral crescente e a necessidade de manter um rendimento adequado constante, leva os elementos ativos do agregado familiar a efetuar horários alargados, frequentemente longe da residência, acarretando com frequência a indisponibilidade para cuidar dos idosos, tornando o seu espaço no seio da família cada vez menor (Sequeira, 2010).

O envelhecimento humano e a instalação de quadros de dependência, é um fenómeno complexo que envolve aspetos socioculturais, económicos e políticos em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos.

Assim, considerando as estruturas familiares modernas e as exigências sociais, o idoso e sua família é, na maioria das vezes, obrigado a escolher a institucionalização, pois a ausência de apoio familiar capaz de responder às necessidades, conduz à saída dos mesmos do seio familiar.

Em Portugal a “institucionalização da velhice” surge como uma alternativa em expansão. Segundo o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009), ao longo de dez anos as Residências e Lares para idosos apresentaram um crescimento de 39%. O grande desafio atual consiste na adoção de estratégias que possibilitem a promoção do envelhecimento saudável, centrado na manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida.

Todavia, e compreensivelmente, estudos de maior escala na Europa e USA revelam que a maioria dos idosos tem preferência por serem cuidados pelas famílias nas suas próprias casas, embora isso não seja concretizável porque seus os filhos estão distanciados ou têm exigências profissionais complexas (Tadd, 2006; Bookman & Kimbrel 2011). Estes estudos mostram que as mudanças no trabalho e nas vidas

familiares estão a complicar os esforços das famílias para cuidar dos seus idosos, e os baixos apoios financeiros prestados pela Segurança Social deixa-os sem alternativa.

Segundo Kane (2003), vários são os fatores que podem levar o idoso à institucionalização, podendo a tomada de decisão ser por viuvez, idade avançada, presença de diagnósticos médicos (doenças crónicas), o estado mental, limitação nas atividades de vida diárias, o facto de morarem sós, ausência de suporte social, etnia e a pobreza. Além destas situações, Cardão (2009), refere que visto a família não ter tempo ou capacidade para cuidar do idoso pelo elevado grau de dependência física e/ou mental, pode traduzir-se na ausência de suporte familiar ou na presença de conflitos que fragilizam o idoso, levando-o à institucionalização. O isolamento, a falta de uma rede que facilite a integração social e familiar do idoso, a perda de identidade, de autoestima e de liberdade, são também motivos que levam à institucionalização. Por sua vez, Paúl (2005), acrescenta aos anteriores, os problemas de saúde e a falta de recursos económicos para a manutenção da casa, como algumas das principais causas.

Um estudo de revisão sistemática reforça como preditores da institucionalização, essencialmente as imparidades cognitivas e/ ou funcionais e a falta de meios e de apoio associados à vida diária (Luppa, Luck, Weyerer, Koning, Braehler & Riedel-Heller, 2010). A grande questão é que os lares não estão equipados para atender às necessidades de pessoas com imparidades cognitivas, mas a falta de outras respostas institucionais deixa-os sem opção perante um atendimento pobre (Clissett, Porock, Harwood & Gladman, 2013) e a falta de consentimento para a institucionalização (Meulenbroek *et al.*, 2010). Mesmo nos casos de ausência de declínios significativos na capacidade física e mental dos idosos (não limitadores da autonomia), é o cuidador familiar que assume o controlo, poder de decisão e autoridade para gerir os assuntos daqueles, o que constitui uma fonte de conflito interfamiliar e até mesmo de abuso (Bookman & Kimbrel 2011).

Há uma generalizável inconsciência social e cultural do papel do idoso também impercetível no plano legislativo e jurisdicional. A família como instituição tradicionalmente mais antiga ocupa ainda uma posição preferencial e predominante de apoio, cuidado e assistência dos idosos em conformidade com a valorização dos afetos. Trata-se de um dever familiar constitucionalmente consagrado de cuidado de pessoas idosas, reconhecendo-se uma hierarquia assistencial na efetivação de todas as condições que permitam a sua realização pessoal. No entanto, nem sempre as famílias conseguem

cumprir na totalidade os seus deveres de solidariedade intergeracional, tendo de recorrer às respostas sociais existentes, designadamente lares de idosos.

No estudo desenvolvido por Pleschberger (2007) em lares de idosos, concluiu que na decisão da institucionalização não houve participação dos idosos, sendo forçados a esta realidade para não serem um fardo para os seus familiares.

As experiências de atendimento em cuidados sociais quer por idosos, quer por familiares num estudo desenvolvido por Bridges, Flatley e Meyer (2010) revelam sentimentos receosos, de inutilidade, de falta de autonomia, especialmente se os idosos detinham dificuldades de cognição ou comunicação. O mesmo estudo apontou a necessidade dos idosos manterem ligações com a família e restante rede social por forma a sentirem-se sempre apoiados. Não obstante, continuarem a sua vida normal, tanto quanto possível, mas também tendo as suas próprias necessidades reconhecidas e atendidas.

Famílias e profissionais descrevem incidentes onde a dignidade do idoso possa ter sido comprometida (Hall, Dodd & Higginson, 2013; Oliver, 2012; Jones & Aranda, 2009). Estes estudos concluíram que cabe às famílias um papel de liderança na manutenção do bem-estar da pessoa idosa em casa, mas este papel muda significativamente durante a institucionalização. Quer seja em ambientes de cuidados, temporários ou permanentes, quer em casa, independentemente de limitações físicas ou cognitivas, devem ser dadas oportunidades aos idosos e suas famílias para orientar e participar nos cuidados (Capezuti & Hamers, 2013). Ora, as famílias devem manter-se informadas, assumir um papel crítico, comunicar com o pessoal do lar sobre o idoso e planear a sua saúde futura, para serem possuidores de uma opinião crítica quanto aos serviços prestados (Clissett, Porock, Harwood & Gladman, 2013). O idoso deve entender-se com a família e manter os papéis sociais na comunidade, com um papel ativo na construção das suas próprias experiências, preservar os relacionamentos anteriores tanto quanto possível (Gibson, Secker, Rolfec, Wagner, Parke & Ministry 2012), mas também ter as suas próprias necessidades reconhecidas, tais como a capacidade de dar e receber amor, carinho e apoio, sendo estas atendidas pelos cuidadores formais (Bridges, Flatley & Meyer, 2010).

A institucionalização pode gerar sentimentos contraditórios, tais como sentimentos significativos de medo, angústia, inutilidade e falta de autonomia (Bridges, Flatley & Meyer, 2010; Clissett, Porock, Harwood & Gladman, 2013) como

sentimentos de *empowerment* social e de pertença, facilitadores de aspetos instrumentais da vida diária (Gibson, Secker, Rolfec, Wagner, Parke & Ministry, 2012).

A institucionalização implica assim um processo de adaptação. Sabendo que esta capacidade diminui com a idade, é de extrema importância proporcionar relações pessoais, fomentar relações com o exterior, família e amigos e desenvolver relações que evitem o isolamento social e a solidão do idoso. É fundamental na institucionalização do idoso a manutenção das relações familiares para que o processo de envelhecimento se dê de forma saudável. A fase de adaptação, para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), está concluída quando o idoso considera a instituição a sua casa, sabendo que a continuidade da estadia no lar deve garantir ao idoso autonomia, privacidade, direito de escolha, independência e dignidade.

A manutenção das ligações sociais, dentro da instituição e com a comunidade é extremamente importante, na medida em que auxilia na redução da rutura das tarefas do dia-a-dia, que o idoso tinha antes de recorrer à instituição, promovendo de forma eficaz a integração da nova etapa de vida (Nunes, 2010).

Na fase inicial de admissão, o idoso torna-se o foco central de cuidado, mas tal enfoque é insustentável a longo prazo devido a uma combinação de stress, exaustão, limitações de tempo e sobrecarga de trabalho e outras exigências da vida diária, deixando para segundo plano a prestação de cuidados de conservação da dignidade do idoso (Hall, Dodd & Higginson, 2013; Luppa, Luck, Weyerer, Koning, Brahler & Riedel-Heller, 2010). Um estudo qualitativo que analisou a ética dos ambientes de cuidados residenciais para as pessoas idosas e adultos com necessidades especiais (Gibson, Secker, Rolfec, Wagner, Parke & Ministry, 2012) sugere sete condições necessárias para um ambiente de serviços digno e acolhedor: (i) a capacidade de formar e manter relacionamentos significativos; (ii) acesso à comunidade e à vida cívica; (iii) acesso ao controlo e flexibilidade nas atividades de vida diárias; (iv) acesso a oportunidades de auto-expressão e afirmação de identidade; (v) acesso a relações respeitadas; (vi) o acesso a oportunidades sociais ou lazer; (vii) acesso à segurança física e psicológica.

Será então, o melhor espaço para a pessoa idosa residir, aquele que oferece conforto, segurança, tranquilidade, que favorece o satisfazer das atividades de vida diárias, tendo em consideração os aspetos físicos, sociais e afetivos. A instituição deve aproximar-se o mais possível ao ambiente familiar, favorecendo uma melhor adaptação.

As instituições devem proporcionar convívio social da pessoa idosa com pessoas da mesma faixa etária, permitindo manter a autoestima e minimizar os sentimentos de solidão. É essencial a manutenção da integridade do EU, mantendo, sempre que possível, os diferentes papéis sociais, evitando a desesperança (Lopes, 2001, citado por Pereira, 2012).

Em suma, as famílias por si só não podem fornecer o total cuidado aos idosos, as instituições sociais por si só não podem fornecer respostas para todos, e o Estado por si só não pode fornecer ou financiar na totalidade as políticas de envelhecimento. A grande ideia é coordenar os esforços estaduais, sociais e comerciais e apoiar todos os cidadãos para o desenvolvimento das políticas de envelhecimento integradas e intergeracionais, incorporando e difundindo a inovação (Bookman & Kimbrel 2011; Marques, Gerry, Diniz & Ferreira, 2012). É fulcral reformular o conceito vital de envelhecimento ativo e informá-los sobre os direitos e meios de tutela dos seus interesses. Não se aceita que os lares apresentem fatores que favoreçam a vitimação dos idosos pelo seu ambiente precário restritivo da autonomia, da liberdade, da intimidade pessoal, sujeitando tarefas simples a regulamentos internos numa lógica de desresponsabilização e que as famílias intervenham em formas não legitimadas designadamente no domínio da saúde, internamento e alienação de bens dos idosos.

“As sociedades industrializadas e informatizadas de hoje constroem também o seu próprio isolamento futuro; não há tempo para conviver, para comer corretamente, para fazer novos amigos; faz-se uma vida profundamente sedentária, porque não há tempo, ou meios económicos, para a prática regular de exercício físico” Ministério da Saúde (1997), citado por Martins (2010).

4.1.A Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco

A criação das misericórdias remonta ao ano de 1498, que tinha como iniciativa e objetivo a prática de obras de misericórdia em favor dos carenciados em domínios da assistência social e na saúde, no resgate dos cativos, no sufrágio das almas dos falecidos e no albergue do peregrinos e caminhantes. Goulão (2008, pág. 37).

Na época viviam-se momentos difíceis de miséria e fragilidade humana, desprovidos de sustento e dos mais elementares meios de combate de epidemias e pandemias, numa época em que a própria medicina era ainda muito rudimentar e não

existiam instituições de caráter social e assistencial. Assim, a rainha D. Leonor manda criar a Irmandade ou Confraria da Misericórdia de Lisboa, a 15 de Agosto de 1498.

No contexto das transformações económicas, os modos de solidariedade no seio da família alteraram-se, as relações de poder entre as gerações inverteram-se e grande parte dos cuidados tradicionalmente prestados no seio da família foram remetidos para instituições e profissionais especializados. A constituição da velhice como problema social levou, num primeiro momento, à criação de sistemas de reforma, com o objetivo de garantir aos trabalhadores uma certa segurança económica, quando a sua força de trabalho deixasse de ser “vendável”. Contudo, a expansão do salariado e o próprio prolongamento da esperança de vida tornaram este tipo de resposta insuficiente, revelando-se uma outra dimensão problemática do envelhecimento: a falta de integração social e o isolamento experimentados pelos “reformados”. Assistiu-se, então, ao desenvolvimento de políticas de serviços e equipamentos oficialmente destinadas a promover a inclusão social dos mais velhos, surgindo as Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI) (Silva, 2014).

Considera-se ERPI, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. Destina -se essencialmente à habitação de pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência. Apresentam como objetivos proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; e potenciar a integração social (Portaria n.º 67/2012).

A institucionalização do idoso em ERPI é um fenómeno ao nível social cada vez mais verificado, sugerindo assim que estes têm tempo para antever a mudança de contexto de forma a se integrarem mais facilmente na instituição em causa. As pessoas vivem mais tempo, apesar de alguns dos idosos não serem dependentes ou possuírem doenças, a verdade é que a idade avançada tem como consequência a progressiva perda da autonomia, o que faz com que muitos deles tenham a necessidade de ter ajuda de terceiras pessoas de forma a satisfazer as suas necessidades básicas (Martins, 2010).

A Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco (SCMCB) conta já com 505 anos de existência no cuidado à pessoa necessitada. As suas equipas multidisciplinares

atuam nas mais diversas vertentes com intuito de melhorar as condições com que a comunidade albicastrense vive.

Esta instituição pauta a sua prática pela Qualidade, sendo uma Instituição Particular de Solidariedade Social presta serviços ao nível das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e Acamadas (ERPI), Creches e Jardins de Infância, Serviços de Saúde, Unidade de Cuidados Continuados, Apoio Domiciliário, Fisioterapia e Reabilitação entre outros.

No que concerne à ERPI, a SCM CB conta com quatro lares distintos para o efeito, sendo o Convento da Senhora da Graça, conhecido como a “Sede”, o Centro Social Dr. Adriano Godinho, o Centro Comunitário João Carlos D’Abrunhosa e o Centro de Dia de Santo António, albergando um total de 368 utentes.

É, então, a maior e mais representativa instituição residencial para idosos do distrito de Castelo Branco pelo que, cientificamente carece da atenção de investigações de qualidade na área Gerontológica com vista à avaliação da forma como vivem os nossos idosos e assim se encetarem medidas e intervenções com vista a alicerçar um envelhecimento ativo e uma vida de qualidade.

5. Qualidade de Vida

O termo qualidade de vida poderá abranger inúmeros significados, variando de pessoa para pessoa, de lugar para lugar, de ocasião para ocasião e cada indivíduo terá o seu próprio conceito.

Sendo o conceito de qualidade de vida subjetivo, este depende da rede de atenção, da capacidade de autodeterminar vontades, de desejos, de necessidades e da conduta da própria vida. Assim, a compreensão de qualidade de vida está ligada ao significado que a própria pessoa lhe atribui.

5.1. Conceptualização da Qualidade de Vida

A Qualidade de vida é um conceito que tem vindo a ser fortemente desenvolvido no campo da investigação mas que apesar de mais recentemente se recorrer à sua aplicabilidade, a sua origem remonta à antiguidade. Este conceito tem vindo a sofrer algumas alterações ao longo dos tempos e apenas na década de 80 se alcança uma definição semelhante à utilizada na atualidade (Pimentel, 2006).

A qualidade de vida é um conceito dinâmico e de perceção individual. Diz respeito à conceção de bem-estar e equilíbrio pessoal, interligado com os seguintes domínios: físico, que reflete o bem-estar biológico; psicológico, que se fundamenta na experiência e vivência subjetiva; sócio ambiental, que corresponde à inserção da pessoa no meio envolvente, assim como às condições laborais, familiares, alimentação, estando ligado ao desenvolvimento económico, político, ambiental e à saúde; e por último o domínio ético espiritual, que demonstra a responsabilidade de cada pessoa na sua saúde, evidenciando os valores que sustentam a vida (Ribeiro, *et al.*, 2011).

Segundo Wood-Dauphinee (1999, citado por Paschoal, 2011) a qualidade de vida foi relatada pela primeira vez por Pigou, em 1920, relacionada com a área da economia. Desde essa altura, até término da segunda guerra mundial, o termo ficou esquecido e a partir daí a OMS adaptou o conceito. Posteriormente, o conceito de qualidade de vida emergiu para reprovar as políticas económicas, alertando para os efeitos negativos do desenvolvimento económico com repercussões na qualidade de vida das gerações futuras. No fim da década de 50, o conceito foi ganhando cada vez mais significado nas políticas sociais e como indicador de resultados. Na década de 60,

nos Estados Unidos, o conceito de qualidade de vida foi utilizado na reformulação de políticas sociais efetivas e englobou mais indicadores, relacionados com as boas condições de saúde (Paschoal, 2011).

Nesse decorrer, em 1964, segundo Fleck, Leal & Louzada (1999), o conceito de qualidade de vida foi empregue pelo presidente dos Estado Unidos, Lyndon Johnson. No seu discurso afirmou que os objetivos tinham de ser avaliados pela qualidade de vida que ofereciam às pessoas e não pelos balanços dos bancos. As áreas iniciais do desenvolvimento da qualidade de vida foram as sociais, filosóficas e políticas. Numa fase posterior, devido à falta de humanização originada pelos avanços tecnológicos na medicina e outras ciências, a qualidade de vida passou a ser abordada pelas ciências humanas e biológicas.

Atualmente, a qualidade de vida é uma expressão muito trabalhada e desenvolvida nos estudos na área da saúde e de igual forma nas áreas sociais, económicas, de cooperação internacional, de partilha intercultural e na bioética (Abreu, 2011).

Em 1990, a OMS definiu a qualidade de vida como a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no seu contexto cultural e no seu sistema de valores, estando relacionado com os seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo que está dependente da saúde física do indivíduo, do seu estado psicológico, do nível de independência, das relações sociais, das crenças pessoais e da relação com os aspetos significativos do ambiente envolvente (WHOQOL Group, 1994, 1995, citado por Canavarro *et al.*, 2009).

Fleck *et al.* (2008) afirmam que a introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde foi de extrema importância, principalmente nas intervenções e tratamentos terminais. Este conceito de que é a própria pessoa que sente e percebe, tem um valor intrínseco e intuitivo, estando ligado ao viver bem e sentir-se bem, um dos desejos humanos. As apreciações dos utentes face à medicina e à saúde pública têm cada vez mais importância na avaliação benéfica ou não dos tratamentos, apresentando repercussões nas políticas públicas.

5.2. Qualidade de Vida na Velhice

O aumento de longevidade, e por sua vez, aumento das necessidades em termos de cuidados da população mais idosa, coloca novos desafios aos profissionais de saúde, nomeadamente a promoção de qualidade de vida, pois é tão importante dar anos à vida, como dar vida aos anos (Ribeiro, Araújo, Oliveira & Pinto, 2008, p. 61 & Coutinho *et al.*, 2011, p. 390).

Na velhice, a qualidade de vida é determinada por múltiplos fatores, que nem sempre, são fáceis de serem avaliados cientificamente. No que diz respeito aos fatores objetivos, podem referir-se as condições de saúde, as relações sociais, o grau de escolaridade, a ocupação dos tempos livres e a capacidade económica. Já os fatores subjetivos relacionam-se com o bem-estar psicológico, com as experiências pessoais, com os estados internos que podem ser manifestados através de sentimentos, com as reações afetivas e com os constructos psicológicos como, a felicidade, a saúde mental, a sensação de controlo, a competência social, o stress e a saúde (Diogo, 2003; Correira, 2009).

Os indicadores subjetivos, como a satisfação, a autoeficácia e a felicidade, definem com maior exatidão a experiência e as condições de vida dos indivíduos, sendo que a satisfação e a felicidade são os mais frequentemente usados na avaliação da qualidade de vida (Diogo, 2003; Correira, 2009).

Um estudo realizado no concelho de Tondela a 210 idosos, com idades compreendidas entre os 60 e os 95 anos revelou que a perceção de QdV é mais elevada nos idosos mais jovens e com melhor funcionalidade familiar. Observou-se também, que quanto maior a idade do entrevistado menor a satisfação da sua perceção de QdV e apesar dos investigadores não terem encontrado diferenças estatisticamente significativas, verificou-se que a perceção da QdV foi menos satisfatória nas mulheres. Deste estudo concluíram que a idade e a funcionalidade da família influenciam a QdV, impondo-se considerá-las, quando se planeiam ações de promoção da QdV dos idosos (Andrade & Martins, 2011).

No que se refere à QdV dos idosos institucionalizados, esta além de depender do acolhimento na instituição, encontra-se interligada ao convívio de pessoas próximas, através de amigos ou familiares, de forma a evitar o estado de solidão ou isolamento que

muitos vivem. Assim sendo, as ligações afetivas próximas são de suma importância na QdV dos mais velhos (Carvalho & Dias, 2011).

5.3. Qualidade de Vida de Utentes de Lares de Idosos

O aumento gradual e generalizado das pessoas idosas e em particular das pessoas muito idosas nos países industrializados levanta questões relativamente às suas necessidades específicas, aos cuidados a prestar, bem como ao contexto em que se inserem (INE, 2003). A missão multidimensional dos Lares de Idosos e a diversidade de população que recebe este tipo de cuidados levou alguns observadores ao longo dos anos a assumir uma posição de interesse na definição de qualidade nestes equipamentos (Phillips, 2001). A década de noventa do século vinte foi marcada pela discussão de uma reforma fundamental dos cuidados de saúde em todo o mundo industrializado, concedendo importância ao papel que os utentes têm, participando nas tomadas de decisões relacionadas com o seu cuidado (Chappel, 2001), tornando-se a qualidade de vida num ponto focal na pesquisa científica e prática clínica (Gerritsen, Steverink, Ooms, Vet & Ribbe, 2007; Bowling, Banister, Sutton, Evans & Windsor, 2002).

Foi então por esta altura que começou a enfatizar-se a importância de avaliar subjetivamente os Lares de Idosos (Logsdon *et al.*, 1999; Kane, 1999), ou seja, não avaliar somente a qualidade da prestação dos cuidados aos utentes, mas também a sua qualidade de vida nestes equipamentos (Kane *et al.*, 2005), começando-se a ter perceção que nesta população, até então negligenciada a este nível, é tão importante a avaliação da qualidade de vida como em qualquer outro grupo etário.

Em Portugal, os resultados dos Censos de 2001 aferem que a proporção das pessoas idosas a viver em famílias institucionais era de 3,6% (era de 2,5% em 1991) no total da população residente com 65 ou mais anos (INE, 2003), estimando-se que em 2007 existiam cerca de 55.266 idosos institucionalizados na valência Lar em Portugal Continental (Martín, Neves, Pires & Portugal, 2007). No ano de 2007, o Lar para Idosos teve um crescimento de 33%, estando a taxa de ocupação registada nos 97% (Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, 2007). É portanto notório o crescimento da população institucionalizada e esta gradual expansão da utilização dos Lares de Idosos deve-se não só ao aumento da população idosa, mas

também da mudança da estrutura familiar que pode tornar complexo o cuidado de um idoso no seu domicílio.

Segundo a Organização Mundial de Saúde através do Grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Group, 1994), qualidade de vida é a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994, pág. 28). Já a qualidade de vida nos Lares de Idosos é, para Kane, um produto de quatro fatores que correspondem ao estado de saúde do utente, à situação social (incluindo o suporte familiar fora do Lar), à personalidade e ao cuidado e ambiente que é oferecido ao utente pelo Lar (Kane, 2003). Daqui é possível verificar que para além de fatores intrínsecos ao utente, também existem outros, extrínsecos, que são os proporcionados pelo equipamento que têm forte influência na qualidade de vida dos seus residentes, pois estes podem permanecer nestes durante um período de tempo bastante considerável, por vezes até ao final das suas vidas, tendo-se que sujeitar a novas regras, como as que a vivência em grupo exige.

Este facto é verificado por um trabalho realizado pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social em 2009 que, relativamente ao tempo de permanência no Lar, constata que cerca de 40% dos idosos residem nesta resposta social até 3 anos, 30% permanecem institucionalizados entre 4 e 6 anos, sendo de 30% a percentagem de utentes cujo período de permanência é mais longo (mais de 7 anos). Destaca ainda que a maioria das pessoas com dependência inserida nos Lares de Idosos é caracterizada por ter ingressado no Lar devido à manifesta incapacidade em gerir as suas atividades de vida diárias, necessitando permanentemente de apoio em praticamente todas estas (Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009).

O conceito de qualidade de vida em Lar está em constante desenvolvimento devido às ameaças que a fragilidade do envelhecimento representa para a qualidade de vida, principalmente em equipamentos residenciais de cuidados de longa duração como representam os Lares de Idosos. Se o Lar afetar a saúde e estado funcional, estes resultados podem, por sua vez, alterar a qualidade de vida dos seus idosos residentes (Kane, 2003). Um desafio constante é, para além de conseguir uma boa qualidade nos cuidados e bons resultados ao nível da saúde física e mental, o cuidado de longa duração poder também preservar e promover a qualidade de vida dos seus residentes (Kane *et*

al., 2003), tornando o espaço num local agradável, sem carga negativa, tanto para os utentes, mas igualmente para a equipa de trabalho, familiares e amigos. A qualidade de vida dos idosos não depende apenas do passado, mesmo que este tenha sido ótimo, depende sobretudo do presente e de um horizonte de futuro mesmo que limitado (Moniz, 2003), e isso, está sobretudo dependente do que as respostas sociais e outras medidas tomadas por entidades superiores podem fazer por esta população, tendo como objetivo impreterível a qualidade de vida dos seus residentes.

Na avaliação da qualidade de um Lar de Idosos é tão importante ou mais a qualidade de vida que a qualidade do cuidado prestado, além disso, a qualidade de vida é em si um resultado, não um meio para obter resultados de saúde ou longevidade. (Lawton, 2001). Assim, a avaliação dos cuidados de longa duração deve incorporar nas suas dimensões, especialmente a qualidade de vida (Institute of Medicine, 2001).

A qualidade de vida é claramente um constructo multidimensional no entanto o que é menos claro são quantas e quais as dimensões que devem ser consideradas para o bem-estar dos idosos que recebem cuidados de longa duração (Kane, 2003). Esta dúvida surge em particular pelas dificuldades que os investigadores têm em definir qualidade de vida, ou seja, em estabelecer um limite entre a subjetividade *versus* objetividade do conceito. No entanto na literatura existem autores que defendem o conceito de qualidade de vida como sendo abrangente. Para Lawton (1991) a qualidade de vida é um conjunto de dimensões objetivas e subjetivas, que interagem entre si, pois é algo experimentado pelas próprias pessoas, no entanto a ênfase na experiência pessoal levou muitos a supor que a qualidade de vida seria meramente subjetiva. Para Lawton qualidade de vida refere-se aos aspetos dos cuidados residenciais associados a estados subjetivos dos residentes (Lawton, 2001). Já para Aberg e cols. compreende componentes subjetivos, comumente designados por satisfação de vida, que traduzem o balanço entre as expectativas e os objetivos alcançados. (Aberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly & Lithell, (2005).

Lawton (2001) identifica os sete passos para avaliar a qualidade de vida que incluem (i) observar o ambiente físico; (ii) observar o ambiente psicossocial; (iii) interrogar sobre o ambiente psicossocial (iv) questionar os cuidadores formais sobre os residentes; (v) observação dos residentes por peritos; (vi) questionar o residente; e (vii) questionar os familiares.

Tal como refere Phillips, ao contrário dos que recebem cuidados médicos ou de enfermagem em outros serviços, num Lar de Idosos os residentes não são pacientes. São sim residentes, mais propriamente são membros de uma comunidade, com todas as necessidades, desejos e forças que esta posição implica (Phillips, 2001), por este mesmo motivo torna-se fundamental promover a qualidade de vida nos equipamentos e avaliar as suas dimensões.

5.3.1. Modelo de Qualidade de Vida em Contexto Lar de Idosos de Rosalie Kane

Rosalie Kane e a sua equipa têm sido, nas últimas décadas fomentadores dos estudos relacionados com a qualidade de vida dos idosos, em particular dos que residem em instituições como Lares de Idosos.

Para esta autora, devido ao conceito de qualidade de vida ser inerentemente subjetivo, são os próprios residentes os melhores repórteres para a sua qualidade de vida (Kane *et al.*, 2003). Esta visão é partilhada por outros investigadores que, embora discordem sobre os domínios que compõem a qualidade de vida, são consensuais em que a avaliação da qualidade de vida deve concentrar-se na experiência subjetiva do indivíduo (Gerritsen, Steverink, Ooms, Vet & Ribbe, 2007). Isto implica que o indivíduo em questão seja a principal fonte de informação.

Apesar da qualidade de vida percebida pelos residentes ser em parte um produto do seu estado de saúde, apoio social e personalidade, os Lares de Idosos podem influenciar diretamente a sua qualidade de vida através das suas políticas, práticas e ambientes, e, indiretamente, através das suas abordagens à família e comunidade (Kane, 2003). Embora seja difícil que os Lares de Idosos superem os efeitos da deterioração sensorial extrema, da elevada carga patológica, da deterioração cognitiva irreversível e de maus prognósticos dos seus utentes, Kane sugere que os Lares de Idosos devam tomar medidas eficazes para melhorar ou manter a qualidade de vida dos mesmos (Kane, *et al.*, 2004).

Um aspeto a considerar é o facto de o que constitui uma boa qualidade de vida num Lar de Idosos pode variar de cultura para cultura e de um país para outro. Esta é uma característica da subjetividade do constructo. Por exemplo, a privacidade e a autonomia podem ser os valores mais importantes nos Estados Unidos, no Canadá e na

Europa e não o serem em muitos outros países, como países em vias de desenvolvimento (Kane, 2003).

Do ponto de vista de Kane a avaliação da qualidade de vida dos idosos residentes em Lar pode ser usada sob diversas formas. Esta informação pode fazer parte da garantia de qualidade e do processo de regulamentação do equipamento e pode ser utilizada para melhoria da qualidade interna. Os resultados podem ainda ser disponibilizados aos potenciais clientes na seleção de um Lar de Idosos (Kane *et al.*, 2004). Desta forma a avaliação não se restringe a uma mera avaliação de rotina e imposta pelos órgãos de gestão, mas também como uma referência à população.

É um facto que os Lares de Idosos têm o potencial de influenciar a vida dos seus utentes para melhor ou pior em dimensões mais amplas que o seu estado de saúde. Indiscutivelmente, os efeitos dos Lares de Idosos sobre a qualidade de vida dos seus residentes são tão importantes como as medidas mais tradicionais de qualidade dos cuidados (Kane *et al.*, 2004) e por isso não podem ser descuradas. Enquanto a qualidade do cuidado prende-se sobretudo com a satisfação das necessidades básicas, a qualidade de vida reporta às necessidades sentidas pelos residentes.

A qualidade de vida é sem dúvida um objetivo dos residentes dos Lares de Idosos, no entanto são necessárias medidas que avaliem este constructo (Kane *et al.*, 2003) para que se possa conhecer até que ponto um equipamento concede ou não qualidade de vida aos seus residentes.

Mesmo nos Estados Unidos da América, poucos têm sido os trabalhos dedicados ao estudo da qualidade de vida global associada à vivência numa instituição de residência permanente, destacando-se nesta área a investigadora Rosalie Kane.

Em 1998 o *Center of Medicare and Medicaid Services* concedeu à Escola de Saúde Pública da Universidade do Minesota, mais precisamente à equipa liderada por Rosalie Kane, o estudo de nome *Measurement, Indicators and Improvement of the Quality of life in Nursing Homes* que tinha como principal objetivo o desenvolvimento de medidas de avaliação da qualidade de vida dos utentes de Lares de Idosos, dando ênfase aos aspetos psicológicos e sociais da qualidade de vida (Kane, 2003). A partir desta investigação foi desenvolvida a *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents* (Kane *et al.*, 2003) que é um instrumento que tem como principal objetivo avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados nas valências Lar, sendo possível

também, através dos resultados, comparar a qualidade de vida entre Lares de Idosos. Desta forma este instrumento pode ser também utilizado como um objeto de gestão dos equipamentos e ter importância na avaliação da qualidade de vida, pois tal como refere Kane (2003), para além da excelência dos cuidados e da boa saúde física e mental, os cuidados de longa duração devem preservar e promover a qualidade de vida.

Nas últimas décadas do século XX, este tornou-se um assunto de interesse para os serviços, políticos da área da saúde e investigadores que tentaram traduzir o constructo de qualidade de vida em uma ou mais escalas para avaliar os resultados das intervenções em saúde. Alguns utilizam o termo conotando uma avaliação multidimensional a uma variedade de aspetos importantes da vida, incluindo os resultados de saúde (Arnold, 1991). No entanto, a qualidade de vida relacionada com a saúde restringe o conceito de qualidade de vida, relacionando-o com a condição de saúde e de tratamento de uma pessoa, e neste âmbito já são inúmeros os estudos existentes (Djäv, Metcalfe, Avery, Lagergren & Blazeby, 2010; Cella *et al.*, 2010).

II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. Metodologia

Pretende-se, neste capítulo, descrever a metodologia utilizada na investigação, dando relevo à concetualização do estudo empírico, questões de investigação, objetivos e tipo de estudo; seguida pela caracterização da amostra e descrição do instrumento de recolha de dados, bem como os procedimentos inerentes à recolha e ao tratamento dos dados.

1.1 Métodos

A senectude é uma etapa particular da vida do ser humano e algo inevitável, desde que a vida dure. Mas a sua maior duração e o conseqüente declínio das funções humanas associado às alterações das estruturas familiares modernas e às exigências sociais dos membros da família, levam com frequência à necessidade de institucionalização, que nem sempre significa uma solução de sucesso e garantia de bem-estar para as pessoas idosas.

Podem verificar-se diversas razões para a institucionalização, como demonstrado anteriormente, contudo Peres, 2014; citando Almeida 2008, refere que estas se encontram relacionadas com o facto da pessoa idosa viver sozinha ou com pessoas sem relação, apresentar dependência nos cuidados pessoais, deterioração do estado de saúde, entre muitas outras.

Vários autores referem a entrada nos 65 anos como um marco caracterizado, nomeadamente, pela maior incidência de quedas, depressão, isolamento. Para além destas, a dor é um fenómeno quase permanente nas pessoas idosas, inerente às patologias crónicas que lhes são habituais (Freitas & Scheicher, 2010).

Os enfermeiros, na qualidade de educadores em saúde e na prestação de cuidados de enfermagem, deverão estar atentos à possível depressão geriátrica e encetar intervenções no sentido de controla-la ou preveni-la, promover a autonomia no autocuidado, estabelecer e incentivar relações de qualidade quer entre o utente e suas famílias, quer entre os utentes da instituição, por forma a promover uma vivência de qualidade.

Assim, e face ao exposto, surge a questão central de investigação: **“Qual a Qualidade de Vida com que vivem os idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco?”**.

À luz do que foi abordado, parece-nos que o estudo é deveras pertinente já que as projeções em tudo apontam para um envelhecimento populacional gradual e constante ao longo das próximas décadas, degradando uma realidade atual que já por si possui diversas fragilidades. Se já atualmente existe a necessidade, cada vez maior, da procura por Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, dado as famílias, por todas as razões já esclarecidas, não terem condições ou possibilidades para cuidarem dos seus entes queridos, torna-se então urgente um olhar sério para as condições em que os nossos idosos vivem no sentido de iniciarmos medidas com vista à melhoria contínua da qualidade e assim garantirmos um futuro melhor para os de Hoje e sobretudo para os de Amanhã.

Deste modo, e dando continuidade à temática da nossa questão central, surgem outras questões que carecem da nossa atenção, nomeadamente:

- Que variáveis sociodemográficas e socio-espaciais influenciam a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB?
- Qual o efeito do tempo e das razões da institucionalização no Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB?
- Qual o estado de felicidade, independência, afetivo e familiar dos idosos institucionalizados na SCMCB?
- Qual a influência da felicidade na Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB?
- Como os níveis de dependência influenciam a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB?
- Em que medida o estado afetivo pode influenciar a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB?
- De que forma a funcionalidade familiar condiciona a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB?

Sabendo que a QdV do idoso institucionalizado poderá estar relacionada com o seu estado cognitivo, de independência, afetivo, bem como a funcionalidade familiar,

então definiu-se para este estudo o seguinte objetivo geral: “**Estudar a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB**”.

O que inicialmente eram interrogações e preocupações pessoais relativamente à questão de investigação tornou-se num percurso de investigação, dirigindo-nos à formulação de alguns objetivos específicos:

- Caracterizar a população da SCMCB;
- Avaliar a QdV dos idosos institucionalizados na SCMCB;
- Identificar quais as variáveis sociodemográficas e socio-espaciais influenciam a QdV dos idosos institucionalizados na SCMCB;
- Clarificar a relação entre o tempo de institucionalização e a qualidade de vida;
- Descobrir a relação entre as razões para a institucionalização e a qualidade de vida;
- Avaliar o estado de felicidade, cognitivo, de independência, afetivo e familiar dos idosos institucionalizados na SCMCB;
- Apurar de que forma o estado de felicidade, independência, afetivo e familiar condicionam a QdV dos idosos institucionalizados na SCMCB.

Considerando a delimitação do problema em estudo, os objetivos delineados e a natureza dos fenómenos, **realizámos um estudo segundo o paradigma quantitativo do tipo descritivo e correlacional, transversal, não experimental.**

É de natureza quantitativa uma vez que é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, descritivo-correlacional pois se por um lado recolhemos informação de forma independente, por outro, temos como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis, transversal, já que a causa e o efeito ocorrem simultaneamente, e não experimental pois não se pretende manipular as variáveis em estudo, embora seja nossa intenção obter evidências para explicar porque ocorre um determinado fenómeno.

Assim, na figura 1, faz-se a representação esquemática do desenho de investigação.

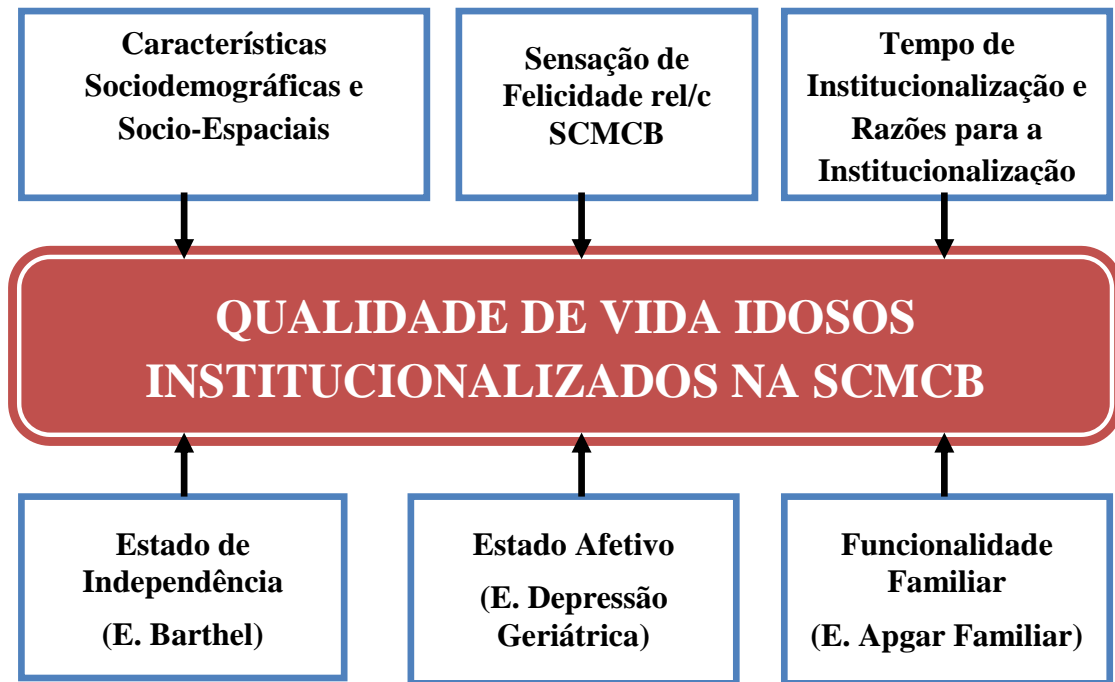


Figura 1: Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis

1.2.Participantes

Para o estudo recorremos a uma amostragem não probabilística por conveniência, constituída por 138 idosos institucionalizados na SCM CB. Segundo Oliveira (2009, p. 66) “nas amostragens não probabilísticas, os elementos da população são selecionados de acordo com a sua disponibilidade ou características, (...) um exemplo (...) é a amostragem por conveniência, em que os indivíduos são selecionados apenas porque são de fácil acesso”.

Neste tipo de estudo foi igualmente importante definir critérios de inclusão dos participantes no estudo, por forma a tornar a amostra mais fiável de acordo com os objetivos. Como a qualidade de vida é um constructo subjectivo e consequentemente só pode ser avaliada pelo próprio, definimos como critérios de inclusão, todas as pessoas institucionalizadas na SCM CB em valência de lar, com 65 ou mais anos, sem défice cognitivo e consentindo a realização da entrevista.

1.2.1. Caracterização socio-espacial

A Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco, criada no remoto ano de 1514, conta já com 505 anos de vida ao serviço da comunidade albicastrense e de quem mais precisa.

Na vertente de residência de longa permanência para idosos, a SCMCB conta com quatro lares distintos para o efeito, sendo o Convento da Senhora da Graça, conhecido como a “Sede”, o Centro Social Dr. Adriano Godinho, o Centro Comunitário João Carlos D’Abrunhosa e o Centro de Dia de Santo António, albergando um total de 368 utentes.

Para podermos de uma forma global avaliar a Qualidade de Vida dos utentes da SCMCB necessitamos, obviamente, de incluir na amostra utentes de todos os lares que constituem a instituição a fim de melhor conseguirmos inferir acerca das diferenças em cada um deles. Assim, a tabela 1 indica-nos como os participantes estão distribuídos espacialmente pelas unidades da SCMCB.

Tabela 1: Distribuição da amostra em função dos lares da SCMCB

| Lares | F | % | Total de Residentes |
|---|-----|--------|---------------------|
| Centro Social Dr. Adriano Godinho | 20 | 14,49 | 38 |
| Centro de Dia de Santo António | 10 | 7,25 | 14 |
| Sede | 88 | 63,77 | 248 |
| Centro Comunitário João Carlos D’Abrunhosa | 20 | 14,49 | 68 |
| Total | 138 | 100,00 | 368 |

A SCMCB também disponibiliza aos seus utentes diversas tipologias de quarto, desde individual, a duplo e triplo. A tabela seguinte representa a distribuição da amostra relativamente ao tipo de quarto em função do sexo.

Tabela 2: Distribuição do tipo de quarto em função do sexo

| Variável | Sexo | Masculino | | Feminino | | Total | | Residuais | |
|-----------------------|------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|-----------|------|
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Masc. | Fem. |
| Tipo de Quarto | | | | | | | | | |
| Individual | | 16 | 33,3 | 17 | 18,9 | 33 | 23,9 | 1,9 | -1,9 |
| Duplo | | 19 | 39,6 | 49 | 54,4 | 68 | 49,3 | -1,7 | 1,7 |
| Triplo | | 13 | 27,1 | 24 | 26,7 | 37 | 26,8 | 0,1 | -0,1 |
| Total | | 48 | 100,0 | 90 | 100,0 | 138 | 100,0 | | |

Pela análise da tabela acima, podemos concluir que maioritariamente os participantes em estudo residem em quartos duplos (49,3%), mantendo-se a mesma tendência quer para homens quer para mulheres (39,6% vs 54,4%) respetivamente.

1.2.2. Caracterização sociodemográfica

Como já referido a amostra foi constituída por 138 idosos residentes na SCMCB, sendo que 48 (34,8%) são do sexo masculino e 90 (65,2%) do feminino.

Determinamos as estatísticas relativas à idade em função do sexo. Os dados apresentados na tabela 3 revelam que a idade mínima dos utentes é de 65 anos e a máxima de 98 anos, a que corresponde uma média de 86,64 anos (desvio padrão: $\pm 6,15$ anos). Para o sexo masculino a idade mínima é de 65 anos e a máxima de 97 anos, tendo uma média de 85,92 anos ($\pm 6,55$ anos). No que se refere ao sexo feminino, constatamos que a idade máxima é de 98 anos e a mínima de 65 anos, sendo a média de 87,03 anos ($\pm 5,90$ anos). Os coeficientes de variação apresentam dispersões baixas em torno da média por apresentarem valores inferiores a 15%. Relativamente aos valores de assimetria (Sk) e achatamento (K), aferimos que a variável não apresenta uma distribuição normal para ambos os sexos e fator global, com curvas ligeiramente enviesadas à direita e leptocúrticas.

Tabela 3 – Estatísticas relativas à idade em função do sexo

| Sexo | F | Min | Max | Média | D.P. | CV (%) | Sk/erro | K/erro |
|------------------|-----|-----|-----|-------|------|--------|---------|--------|
| Masculino | 48 | 65 | 97 | 85,92 | 6,55 | 7,62 | -3,54 | 2,31 |
| Feminino | 90 | 65 | 98 | 87,03 | 5,90 | 6,78 | -3,12 | 2,82 |
| Total | 138 | 65 | 98 | 86,55 | 6,14 | 7,09 | -4,72 | 3,70 |

Operacionalizada a idade em três grupos etários para maior facilidade de interpretação dos resultados, constatamos, conforme expresso na tabela 4, que o grupo predominante é constituído pelos utentes com idades iguais ou superiores a 85 anos de idade, designados de idosos mais velhos (68,8%). No mesmo patamar, olhando para a análise por sexo, verificamos um predomínio das mulheres, correspondendo a 66,7% do total destas, e 43,5% do total da amostra. Pelo resultado do teste do Qui-Quadrado ($\chi^2=2,780$; $p=0,287$), inferimos que não há relação entre a idade e o sexo.

Relativamente ao “Estado Civil” pode afirmar-se que a maioria dos idosos é viúvo (76,1%). Também neste campo ambos os sexos seguem a mesma tendência com

62,5% e 83,3% para homens e mulheres respetivamente. Olhando para o valor do teste do Qui-Quadrado ($\chi^2= 12,45$; $p= 0,006$), observamos haver relação bastante significativa entre as variáveis. Os valores residuais confirmam esta relação, existindo associação entre a variável “casado” e divorciado do sexo masculino, e “viúvo” e solteiro do sexo feminino.

Recaindo a observação sobre as “**Habilitações Literárias**”, registamos que existem em igual número, idosos sem habilitações e com ensino básico, especificamente 65 utentes que corresponde a 47,1% para cada grupo. Por sexo, a maioria das mulheres encontra-se distribuída no grupo sem habilitações com 52,2%, seguindo-se as que possuem o ensino básico, 44,4%. Nos homens, a maioria possui o ensino básico, correspondendo a 52,1%. O teste do Qui-Quadrado confirma não haver relação entre as variáveis ($\chi^2= 4,54$; $p= 0,106$).

Passando para o “**Tempo de Institucionalização**” denota-se que a maioria da população se encontra na instituição num período que medeia entre um a cinco anos (52,2%), seguindo-se os utentes que já contam com mais de seis anos na SCMCB (38,4%). Seguindo a análise habitual dos anteriores por sexo, para os homens, a maioria reside entre 1 a 5 anos na instituição, 45,8%, seguindo-se os que residem há mais de 6 anos com 41,7%. Nas mulheres, a maior parte, 55,6%, tem entre 1 a 5 anos de permanência na SCMCB. Os resultados do teste do Qui-Quadrado ($\chi^2= 1,512$; $p= 0,468$) não apresentam significância estatística.

Olhando para as razões que levaram o participante à institucionalização, verifica-se que a maior percentagem deu entrada nos Lares por vontade própria (47,8%) ou por condição de saúde (47,1%). No que concerne ao sexo, também se pode referir que não há grandes diferenças em comparação com a totalidade, sendo que para os homens, de 48 idosos, 23 (47,9%) entrou por vontade própria e 21 (43,8%) por condição de saúde, enquanto nas mulheres, de 90 idosas, 43 (47,8%) entraram por vontade própria e 44 (48,9%) por condição de saúde. Também neste caso o teste do Qui-Quadrado ($\chi^2= 1,718$; $p= 0,443$) indica-nos não haver relação entre as variáveis.

Tabela 4: Caracterização sociodemográfica em função do sexo

| Sexo | Masculino | | Feminino | | Total | | Residuais | |
|--------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|--------------|-----------|------|
| | Nº (48) | % (100,0) | Nº (90) | % (100,0) | Nº (138) | % (100,0) | Masc. | Fem. |
| Grupo Etário | | | | | | | | |
| <= 74 anos | 3 | 6,3 | 2 | 2,2 | 5 | 3,6 | 1,2 | -1,2 |
| 75-84 anos | 10 | 20,8 | 28 | 31,1 | 38 | 27,5 | -1,3 | 1,3 |
| >= 85 anos | 35 | 72,9 | 60 | 66,7 | 95 | 68,8 | 0,8 | -0,8 |
| Estado Civil | | | | | | | | |
| Casado | 10 | 20,8 | 7 | 7,8 | 17 | 12,3 | 2,2 | -2,2 |
| Viúvo | 30 | 62,5 | 75 | 83,3 | 105 | 76,1 | -2,7 | 2,7 |
| Solteiro | 3 | 6,3 | 7 | 7,8 | 10 | 7,3 | -3 | 3 |
| Divorciado | 5 | 10,4 | 1 | 1,1 | 6 | 4,3 | 2,6 | -2,6 |
| Habilitações Literárias | | | | | | | | |
| S/ Habilitações | 18 | 37,5 | 47 | 52,2 | 65 | 47,1 | -1,7 | 1,7 |
| 4º-9º ano | 25 | 52,1 | 40 | 44,4 | 65 | 47,1 | 0,9 | -0,9 |
| Secundário/Sup. | 5 | 10,4 | 3 | 3,3 | 8 | 5,8 | 1,7 | -1,7 |

Em suma, a nossa amostra é constituída por 138 idosos, na sua maioria mulheres (65,2%), predominantemente idosos mais velhos com idades superiores a 85 anos (68,8%), viúvos (76,1%), que maioritariamente não foram à escola ou frequentaram o ensino básico (47,1% - ambos).

1.3. Instrumentos

Para a realização deste estudo, escolhemos como instrumentos de recolha de dados o inquérito, e a medição (Charles, 1998, citado por Coutinho, 2011).

O inquérito com recurso à entrevista segundo Coutinho (2011) é realizado por uma pessoa, que pode ser (ou não) o próprio investigador. Nesta investigação, a entrevista assume-se como estruturada pois é uma entrevista estandardizada no modo de formulação das perguntas, na sequência das mesmas e no uso do vocabulário. Neste tipo de entrevista, tanto o entrevistador como o entrevistado encontram-se condicionados pelo rigor da técnica, exigindo na sua aplicação a máxima disciplina de ambos (Pardal & Lopes, 2011).

Por sua vez a medição, passou por obter dados consoante as respostas dos participantes em escalas (Coutinho, 2011). Aqui recorreremos a cinco escalas estandardizadas, Mini Exame do Estado Mental (MMSE), a Escala de Barthel modificada, Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta (15 itens),

Escala de Apgar Familiar, e Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lares de Idosos.

A validade e fiabilidade dos instrumentos foram asseguradas na medida em que os instrumentos usados estão estandardizados e incluem procedimentos uniformes e consistentes para a administração, avaliação e interpretação de resultados (Coutinho, 2011).

No caso da Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lares de Idosos, visto não se encontrar disseminada e bem estudada para a população portuguesa, foi realizada uma análise da sua consistência interna a fim de assegurar a sua validade e fiabilidade.

Foi também solicitada a autorização à equipa de trabalho que validou a Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lares de Idosos para a população portuguesa. A resposta foi célere pelos seus autores, Póvoa e Martín, autorizando a utilização do questionário (Anexo I).

As restantes escalas são de uso livre a toda a comunidade científica pelo que não foi necessário realizar qualquer pedido de autorização.

Em suma, o questionário (Anexo II) é constituído por seis partes distintas. A primeira consta de 10 questões para caracterização sociodemográfica e socio-espacial da amostra. As restantes são constituídas por cinco escalas estandardizadas para avaliação dos objetivos propostos.

1.3.1. Secção A - Caracterização Sociodemográfica

As variáveis foram operacionalizadas da seguinte forma (tabela 5):

Quadro 1: Operacionalização das variáveis em estudo

| Variáveis | Operacionalização |
|--|---|
| Sexo | Masculino; Feminino. |
| Idade | Idoso jovem – 65-74 anos; Idoso Velho – 75-84 anos e Idoso mais Velho - ≥ 85 anos. |
| Estado Civil | Casado; Não Casado. |
| Hab. Literárias | Sem escolaridade, Ensino Básico; e Ensino Secundário e Superior. |
| Tempo Institucionalização | 3 a 7 meses; 1 a 5 anos; e 6 anos ou mais. |
| Razões para a Institucionalização | Vontade própria; Condição de Saúde; e Outra. |
| Sensação de Felicidade na SCMCB | Sim; Não. |
| Lar da SCMCB | Adriano Godinho; Santo António; Sede-Pav. A; Sede-Pav. B; Sede-Pav. C; Sede-Pav. E; Sede-Pav. F – 2ºPiso; Sede-Pav. F – 3ºPiso; Sede-Pav. F – 4ºPiso; Sede-Pav. H; Sede-Pav. I; Sede-Pav. J; João Carlos Abrunhosa. |
| Tipo de Quarto | Individual; Duplo; e Triplo. |

1.3.2. Secção B – Avaliação do Estado Cognitivo – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein *et al.* (1975), é um dos testes mais utilizados e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo. Usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006).

O MEEM foi desenvolvido para ser usado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva. Não pode ser usado para diagnosticar demência (Chaves, 2009).

Foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores em 1994, sendo definidos os pontos de corte consoante o grau de escolarização dos sujeitos. Por cada resposta correta é cotado um ponto. Considera-se que há deterioração cognitiva quando a soma das pontuações é igual ou inferior a: 15 pontos em pessoas analfabetas; 22 pontos ou inferior em indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade; 27 pontos ou menos nos que têm escolaridade superior a 11 anos (Guerreiro *et al*, 1994).

Para que os entrevistados fossem incluídos neste estudo, estes teriam de apresentar pontuações iguais ou superiores às supracitadas por forma a comprovar a ausência de défice cognitivo.

1.3.3. Secção C – Avaliação do Estado de Independência – Índice de Barthel

O Índice de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007).

Pode ser preenchido através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. Pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente.

Cada atividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2007).

Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica Dependência total; 21-60 Grave dependência ou dependência severa; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência (Azeredo & Matos, 2003).

No contexto clínico o IB dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total mas também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às suas necessidades (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

O estudo desenvolvido por Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto (2007) revela que o índice de Barthel é um instrumento com um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$.

1.3.4. Secção D – Avaliação do Estado Afetivo – Escala de Depressão Geriátrica (GDS) – versão 15 itens

A GDS com 15 itens (GDS-15) é uma versão curta da escala original e foi elaborada por Sheikh & Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esses itens, em conjunto, mostraram boa precisão diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. A versão reduzida é bastante atraente para rastrear estados depressivos em contexto comunitário, assim como em outros ambientes não-especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor. Na página oficial da GDS, os autores consideram que esta está no domínio público.

Trata-se de uma escala de heteroavaliação com duas alternativas de resposta, sim - 1 ponto ou não - 0 pontos (itens 1, 5, 7, 11 e 13 pontuam-se inversamente). A resposta aos 15 itens desta escala devem referir-se sobre como o indivíduo se tem sentido nas últimas 2 semanas. Se a soma das pontuações for 0 a 5 indica ausência de depressão, 6 a 10 depressão ligeira, 11 a 15 depressão grave (SPMI, 2016).

1.3.5. Secção E – Avaliação da Funcionalidade Familiar – Escala de Apgar Familiar

A funcionalidade familiar pode ser avaliada através de um instrumento designado por Apgar Familiar, que permite mensurar a satisfação de um membro da família relativamente à assistência que lhe é dispensada pelos restantes membros dessa família. O modo como os membros da família interagem entre si e com os outros leva a que as famílias possam ser consideradas funcionais e disfuncionais.

Utilizámos a Escala de Apgar Familiar – Caracterização Familiar, elaborada por Smilkstein (1978), e validada para a população portuguesa por Agostinho e Rebelo no ano de 1988.

Esta é constituída por cinco perguntas que quantificam a perceção que o indivíduo tem do funcionamento da sua família, permitindo também caracterizar os componentes fundamentais da função familiar. Cada pergunta tem três possibilidades de resposta, a que correspondem as seguintes pontuações: “quase sempre” - 2 pontos; “algumas vezes” - 1 ponto; “quase nunca” - 0 pontos. O resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas, podendo as famílias ser classificadas como, Família Altamente Funcional (7 – 10), Moderadamente Disfuncional (4 – 6), e Marcadamente Disfuncional (0 – 3).

Esta escala permite caraterizar os componentes fundamentais da função familiar:

Adaptação (*Adaptability*) intrafamiliar – alude à utilização dos recursos, dentro e fora da família, para solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise;

Participação/comunicação (*Partnertship*) – referente à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;

Crescimento/desenvolvimento (*Growth*) – compreende a maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;

Afeto (*Affection*) – existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;

Resolução/dedicação ou decisão (*Resolve*) – Reflete o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. O que implica também uma decisão na partilha de bens e espaço.

Embora a fiabilidade e a validade deste método já tenham sido estudados e asseguradas, importa referir que este instrumento só avalia o grau de satisfação com a família que o indivíduo admite e verbaliza.

1.3.6. Secção F – Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados – Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lares de Idosos – Kane *et al*, 2003; versão portuguesa de Póvoa e Martín, 2010)

Da investigação realizada pela equipa dirigida por Rosalie Kane, seleccionaram-se onze domínios da qualidade de vida considerados fundamentais, baseando-se nos

domínios já compilados por diversos investigadores (Kane *et al.*, 2005). São eles a **Segurança**, o **Conforto Físico**, a **Satisfação com os Alimentos**, as **Atividades Significativas**, os **Relacionamentos**, as **Competências Funcionais**, a **Dignidade**, a **Privacidade**, a **Individualidade**, a **Autonomia** e o **Bem-estar Espiritual** (Kane, 2001). Estes domínios possuem três características, nomeadamente, cada um deles é uma necessidade humana universal, pode ser cumprida ou não no processo de prestação de serviços e, cada necessidade pode ser representada pelo seu cumprimento para cada indivíduo e pela capacidade de ser cumprida pelo Lar. Após a identificação dos domínios foram construídas subescalas para avaliar esses mesmos domínios (Kane, 2001). Na tabela 6 são descritas as características de cada um dos domínios referidos.

Os domínios utilizados pelo modelo de Kane são domínios de primeira ordem, pois são relacionados com o constructo qualidade de vida. O modelo resultante é um modelo simples, onde se integram os domínios a um mesmo nível, mas com diferentes níveis de contribuição. Por outro lado, os diferentes domínios parecem ter entre si independência, uma vez que três das quarenta e cinco possibilidades de correlações entre pares de domínios ultrapassaram os 0,40 (entre *Dignidade* e *Segurança*, *Competências Funcionais* e *Autonomia*, *Bem-estar Espiritual* e *Relacionamentos*) e nenhum ultrapassa os 0,50 (Kane *et al.*, 2003). Os domínios estão correlacionados mas são suficientemente independentes para reforçar que estão a ser medidos domínios diferentes.

Quadro 2: Descrição dos diferentes domínios da Qualidade de Vida segundo o modelo concetual de Rosalie Kane (2001)

| Domínio | Descrição |
|------------------------------------|--|
| Segurança | Os utentes sentem-se seguros e confiantes sobre sua segurança pessoal, são capazes de circular livremente no Lar, acreditam que seus bens estão seguros e confiam que os funcionários têm boas intenções. |
| Conforto Físico | Os utentes não têm dor, sintomas desconfortáveis e outros desconfortos físicos. Os utentes devem perceber que a sua dor e desconforto são observados e abordados pela equipa. Inclui estar confortável em termos da temperatura do ambiente e da posição do corpo. |
| Satisfação com os Alimentos | Os utentes apreciam a hora das refeições e os alimentos servidos no Lar. |
| Atividades Significativas | Os utentes precisam de perceber que as suas vidas são repletas de atividades interessantes e significativas para ver e fazer. O que é significativo para cada um irá diferir de acordo com o estado físico. Os utentes empenham-se em atividades discricionárias que resultam em competências de autoafirmação ou de lazer ativo, no fazer ou observação de uma atividade. Pode ainda incluir as contribuições significativas que os residentes fazem às |

| | |
|--------------------------------|--|
| | suas famílias, no Lar ou na comunidade em geral, apesar da sua dependência física. |
| Relacionamentos | Os utentes envolvem-se significativamente com outros residentes, com os funcionários, e/ou com a família e amigos que moram fora do Lar. |
| Competências Funcionais | As competências funcionais, como resultado, significa que dentro dos limites das capacidades físicas e cognitivas da pessoa, o utente é tão independente quanto quer ser. Este domínio da qualidade de vida é (continuação) extremamente sensível ao ambiente físico em que vivem as pessoas idosas e os cuidados que recebem, bem como as políticas adotadas por organizações de cuidado formal. |
| Dignidade | Os utentes percebem que a sua dignidade está intacta e é respeitada. Não se sentem menosprezados, desvalorizados, ou humilhados. A dignidade, incorporada como uma exigência nos regulamentos internos dos Lares, refere-se à percepção de que a dignidade é respeitada, independentemente do utente perceber ou não a dignidade. Implica o não tratamento infantilizante dos utentes. |
| Privacidade | Os utentes têm privacidade, podem manter as informações pessoais confidenciais, podem estar sozinhos se desejarem e podem estar com os outros em particular. Por privacidade, entende-se um conceito relacionado com a dignidade. Não se refere a ter um quarto e casa de banho privados, mas sim a experimentar uma sensação de privacidade, ou seja, ser capaz de estar sozinho ou em privado com outros quando assim deseja. São especificados quatro aspetos da vida privada, solidão, intimidade, anonimato e reserva, e sugerem-se quatro razões pelo qual esse tipo de privacidade é necessário: (i) ao exercício de autonomia; (ii) para conseguir a libertação emocional particularmente importante em momentos de perda, choque ou dor, (iii) para realizar auto avaliação, o que requer o processamento de informações privadas e reflexão, e (iv) para limitar as informações. |
| Individualidade | Refere-se à sensação do utente ser conhecido como pessoa e ser capaz de continuar a experimentar e expressar a sua identidade e de desejar ter continuidade com o passado. Ou seja, os utentes expressam as suas preferências, prosseguem com os seus interesses passados e atuais, mantêm um senso de identidade própria e percebem que são conhecidos como indivíduos, mantendo sua própria identidade contra todas as forças que destroem o seu sentido de <i>eu</i> . |
| Autonomia | Os utentes tomam a iniciativa e fazem as escolhas referentes à sua própria vida e cuidado, tornando-se membros ativos e melhorando o seu bem-estar pessoal. |
| Bem-estar espiritual | Embora esteja relacionado com o bem-estar psicológico e social, o bem-estar espiritual não pode ser descurado como um domínio da qualidade de vida. O bem-estar espiritual pode incorporar, ir além ou ser independente da religiosidade. Deve ter-se em conta se as necessidades e preocupações dos residentes com a religião, oração, meditação, espiritualidade e valores morais são cumpridas. |

Com exceção de três questões, todas as restantes devem ser respondidas no formato *Likert* de 4 pontos ou no formato dicotómico. Neste estudo foi solicitado aos

participantes que preferencialmente respondessem no formato *Likert*. Esta escala não tem ponto de corte definido pela autora, mas refere que quanto maior for a pontuação, melhor será a qualidade de vida da pessoa. Esta escala foi sujeita a uma tradução da língua inglesa para a língua portuguesa para posterior utilização no contexto português por Póvoa e Martín em 2010 (Póvoa, 2010).

Ao analisarmos a consistência interna da escala, segundo a nossa amostra, obtivemos um valor geral de Alpha de Cronbach de 0,836 o que nos indica uma boa consistência interna da mesma.

Na versão original, o conjunto de subescalas que avaliam cada domínio têm um bom nível de fiabilidade, com a exceção do domínio da individualidade que foi excluído da análise pela incapacidade de mostrar indicadores de ajustamento adequados no modelo de equação estrutural. O modelo final resultante tem dez domínios, com estatísticas de ajuste considerados adequados ($\chi^2=6024$, $df=2310$, $p<,000$) (Kane *et al.*, 2003).

No entanto, para o nosso estudo e face à pertinência dos dados colhidos, optamos por não excluir tal informação e avançar com a análise total dos domínios estipulados para a Qualidade de Vida.

1.4.Procedimentos

Como refere Fortin (2003, p. 261) antes de iniciar a colheita de dados, deve obter-se autorização para realizar o estudo em determinado estabelecimento, bem como a aprovação da comissão de ética do estabelecimento em questão.

Os procedimentos éticos que orientaram esta pesquisa fundamentaram-se na declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2008).

Como tal, a participação dos sujeitos em estudo foi voluntária, tendo cada sujeito o direito de recusar participar ou de, em qualquer altura, anular o consentimento de participar, sem quaisquer prejuízos.

Quanto à privacidade e anonimato, foram tomadas todas as precauções para proteger a identidade de cada um, assim como, a confidencialidade dos seus dados pessoais.

No referente ao pedido de autorização institucional (Anexo III), o mesmo foi entregue no dia 16 de Fevereiro de 2018, tendo sido dada uma resposta positiva por parte do Exmo. Sr. Provedor da SCM CB, a 20 de Fevereiro do mesmo ano. Os idosos foram informados da finalidade, métodos e outros aspetos relevantes e somente após terem compreendido a informação é que procederam ao preenchimento do consentimento informado.

A colheita de dados decorreu entre 21 de Fevereiro de 2018 e 4 de Dezembro de 2018, entrevistando os utentes seleccionados para o estudo em todos os lares que englobam a Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco. O tempo médio para realização de cada entrevista foi de 45 minutos.

1.5. Análise de Dados

Na análise de dados recorreu-se à estatística descritiva e estatística inferencial. Com a estatística descritiva obtiveram-se dados relativos a medidas de tendência central como (média (\bar{x})), medidas de dispersão como (desvio-padrão (D.P.) e coeficiente de variação (CV)) e medidas de forma (assimetria e achatamento), e ainda frequências absolutas e percentuais.

Com a estatística inferencial foram usados testes não paramétricos, o teste de independência do Qui-Quadrado (χ^2) que se utiliza para determinar se duas variáveis qualitativas nominais são independentes (Laureano, 2013, p.116). O teste do Qui-Quadrado pressupõe que nenhuma célula tenha frequência esperada inferior a 1 e não mais de 20 % das células tenham frequência esperada inferior a 5. Quando as condições para aplicação do teste do Qui-Quadrado não estão verificadas é usada a simulação de Monte Carlo para comparação de 10.000 amostras e um intervalo de confiança a 95% (Laureano, 2013, p. 121). A simulação de Monte Carlo, segundo Marôco (2011, p.105) “é um método estatístico que procura determinar a probabilidade de ocorrência de uma determinada situação experimental, através de um conjunto elevado de simulações (...) (10,000)”.

O teste de Mann-Whitney é utilizado para amostras independentes, permitindo comparar as duas amostras em tendência central. Não é necessário que se verifiquem quaisquer pressupostos relativos a normalidade ou à dimensão amostral. De salientar que não são utilizados os valores numéricos das variáveis mas sim a sua ordem.

O teste de Kruskal-Wallis é uma extensão do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney. É um teste não paramétrico utilizado para comparar três ou mais populações. Ele é usado para testar a hipótese nula de que todas as populações possuem funções de distribuição iguais contra a hipótese alternativa de que ao menos duas das populações possuem funções de distribuição diferentes.

O teste de Kruskal-Wallis é o análogo ao teste F utilizado na ANOVA 1 fator. Enquanto a análise de variância dos testes dependem da hipótese de que todas as populações em confronto são independentes e normalmente distribuídas, o teste de Kruskal-Wallis não coloca nenhuma restrição sobre a comparação.

Previamente à aplicação dos testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, foi verificada a igualdade da forma das distribuições das variáveis, (sendo no caso uma distribuição não normal) pois corroboramos com Pestana e Gageiro (2014) ao afirmarem que se trata de um requisito fundamental prévio à aplicação destes dois testes não paramétricos. Nas distribuições caracterizadas por grande heterogeneidade de forma e com um número baixo de casos em algumas categorias, optou-se pela recodificação de algumas variáveis independentes, o que aumentou, substancialmente, a homogeneidade das distribuições e a viabilização dos testes não paramétricos referidos.

A condição de rejeição ou de não rejeição das hipóteses incide na análise do valor de “p” que deverá ser inferior a 0,05, sendo este o valor de significância definido para que se afirme que as variáveis em estudo não são independentes.

A informação recolhida foi tratada e processada no programa de estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24 para Windows.

2.Resultados

Neste capítulo, procuramos descrever as características dos participantes no respeitante às variáveis e analisar o modo como estas variáveis se associam entre si.

A organização e sequência da apresentação dos resultados tem em conta a ordem pela qual foi construído o instrumento de recolha de dados, e serão apresentados através de tabelas precedidas das análises correspondentes. As fontes das tabelas serão omissas, uma vez que todos os dados foram recolhidos através do instrumento de recolha de dados.

2.1.Analise Descritiva

2.1.1.Caracterização do tempo de institucionalização

Olhando o “**Tempo de Institucionalização**” denota-se que a maioria da população se encontra na instituição num período que medeia entre um a cinco anos (52,2%), seguindo-se os utentes que já contam com mais de seis anos na SCMCB (38,4%). Seguindo a análise habitual dos anteriores por sexo, para os homens, a maioria reside entre 1 a 5 anos na instituição, 45,8%, seguindo-se os que residem há mais de 6 anos com 41,7%. Nas mulheres, a maior parte, 55,6%, tem entre 1 a 5 anos de permanência na SCMCB. Os resultados do teste do Qui-Quadrado ($\chi^2= 1,512$; $p= 0,468$) não apresentam significância estatística.

Tabela 5: Distribuição da variável “tempo de institucionalização” em função do sexo

| Variável | Sexo | | Feminino | | Total | | Residuais | |
|----------------------------------|------|-------|----------|-------|-------|-------|-----------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Masc. | Fem. |
| Tempo Institucionalização | | | | | | | | |
| 3 a 7 meses | 6 | 12,5 | 7 | 7,8 | 13 | 9,4 | 0,9 | -0,9 |
| 1 a 5 anos | 22 | 45,8 | 50 | 55,6 | 72 | 52,2 | -1,1 | 1,1 |
| >6 anos | 20 | 41,7 | 33 | 36,7 | 53 | 38,4 | 0,6 | -0,6 |
| Total | 48 | 100,0 | 90 | 100,0 | 138 | 100,0 | | |

2.1.2. Caracterização das razões para a institucionalização

Recaído sobre as razões que levaram o participante à institucionalização, verifica-se que a maior percentagem deu entrada nos Lares por vontade própria (47,8%) ou por condição de saúde (47,1%). No que concerne ao sexo, também se pode referir que não há grandes diferenças em comparação com a totalidade, sendo que para os homens, de 48 idosos, 23 (47,9%) entrou por vontade própria e 21 (43,8%) por condição de saúde, enquanto nas mulheres, de 90 idosas, 43 (47,8%) entraram por vontade própria e 44 (48,9%) por condição de saúde. Também neste caso o teste do Qui-Quadrado ($\chi^2= 1,718$; $p= 0,443$) indica-nos não haver relação entre as variáveis.

Tabela 6: Distribuição da variável “razões para a institucionalização” em função do sexo

| Variável | Sexo | | Masculino | | Feminino | | Total | | Residuais | |
|--|------|-------|-----------|-------|----------|-------|-------|------|-----------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Masc. | Fem. |
| Razões para a Institucionalizaã | | | | | | | | | | |
| Vontade Própria | 23 | 47,9 | 43 | 47,8 | 66 | 47,8 | 0 | 0 | | |
| Condição de Saúde | 21 | 43,8 | 44 | 48,9 | 65 | 47,1 | -0,6 | 0,6 | | |
| Outra | 4 | 8,3 | 3 | 3,3 | 7 | 5,1 | 1,3 | -1,3 | | |
| Total | 38 | 100,0 | 90 | 100,0 | 138 | 100,0 | | | | |

2.1.3. Caracterização da felicidade dos utentes ao viverem na SCMCB

Foi questionado a todos os entrevistados, se eram felizes ao viverem nesta instituição. Os dados colhidos permitem registar que 78,3% dos utentes respondeu afirmativamente à questão colocada, sendo que 81,3% dos homens e 76,7% das mulheres responderam afirmativamente.

Analisando os resultados obtidos através da realização do teste do Qui-Quadrado ($\chi^2= 0,387$; $p= 0,534$), podemos afirmar que o sexo não influencia a opinião dos participantes sobre a questão formulada.

Tabela 7: Distribuição da variável “feliz” em função do sexo

| Variável | Sexo | | Masculino | | Feminino | | Total | | Residuais | |
|--------------|------|-------|-----------|-------|----------|-------|-------|------|-----------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Masc. | Fem. |
| Feliz | | | | | | | | | | |
| Sim | 39 | 81,3 | 69 | 76,7 | 108 | 78,3 | 0,6 | -0,6 | | |
| Não | 9 | 18,8 | 21 | 23,3 | 30 | 21,7 | -0,6 | 0,6 | | |
| Total | 48 | 100,0 | 90 | 100,0 | 138 | 100,0 | | | | |

Resumidamente, podemos afirmar que a população da Santa Casa da Misericórdia, na sua generalidade, é feliz a viver na instituição.

2.1.4. Avaliação do estado cognitivo

Determinamos as estatísticas relativas ao estado cognitivo em função do sexo. Os dados apresentados na tabela 8 revelam que o score mínimo pontuado no mini exame do estado mental foi de 17 pontos e o máximo de 30, sendo a média de 27,78 pontos ($\pm 3,02$ pontos). Para o sexo masculino o score mínimo foi de 19 pontos e o máximo de 30 pontos, tendo uma média de $28,44 \pm 2,58$ pontos. No que toca às senhoras, constatamos que o score mínimo e máximo foi de 17 e 30 pontos, respetivamente, com uma média de $27,42 \pm 3,19$. Os coeficientes de variação apresentam dispersões baixas em torno da média por apresentarem valores inferiores a 15%. Relativamente aos valores de assimetria (Sk) e achatamento (K), podemos concluir que a distribuição em função do estado cognitivo quer para os homens, quer para as mulheres e mesmo para a totalidade, é negativa com enviesamento à direita e leptocúrtica.

Podemos afirmar que a grande maioria dos idosos entrevistados não possui qualquer défice cognitivo visto as pontuações médias se aproximarem do valor máximo, bem como os utentes que pontuaram valores mais baixos se relacionam com o analfabetismo, não havendo nenhum idoso com um score inferior a 16, pelo que toda a amostra é admissível para o estudo.

Tabela 8: Estatísticas relativas ao estado cognitivo em função do sexo

| Sexo | F | Min | Max | Média | D.P. | CV (%) | Sk/erro | K/erro |
|------------------|-----|-----|-----|-------|------|--------|---------|--------|
| Masculino | 48 | 19 | 30 | 28,44 | 2,58 | 9,07 | -5,44 | 4,77 |
| Feminino | 90 | 17 | 30 | 27,42 | 3,19 | 11,63 | -6,13 | 3,96 |
| Total | 138 | 17 | 30 | 27,78 | 3,02 | 10,87 | -8,02 | 5,80 |

2.1.5. Avaliação do estado de independência

A avaliação do estado de independência foi efetuada através do índice de Barthel e segundo a análise da tabela 10, podemos afirmar que a Atividade de Vida Diária mais comprometida nos idosos que compõem a amostra é o Banho, visto 60,9% dos inquiridos terem respondido, ser dependentes na sua concretização. Em contra análise, a AVD menos afetada é a Alimentação em que nenhum utente respondeu ser totalmente dependente.

No que respeita à dependência parcial para a concretização das AVD's, salienta-se a atividade Subir e Descer Escadas, em que 39,1% dos utentes afirmou necessitar de ajuda. Segue-se a AVD Transferência, em que 28,2% dos entrevistados afirmou necessitar de ajuda, respetivamente, 18,8% para alguma ajuda e 9,4% para grande ajuda.

Tabela 9: Distribuição da amostra em função da pontuação no Índice de Barthel

| Barthel | Sexo | Pontuação | F | % |
|----------------------|-------|-----------|-----|-------|
| Alimentação | Total | 5 | 7 | 5,1 |
| | | 10 | 131 | 94,9 |
| | | Total | 138 | 100,0 |
| Transferência | Total | 0 | 2 | 1,4 |
| | | 5 | 13 | 9,4 |
| | | 10 | 26 | 18,8 |
| | | 15 | 97 | 70,3 |
| | | Total | 138 | 100,0 |
| Toalete | Total | 0 | 35 | 25,4 |
| | | 5 | 103 | 74,6 |
| | | Total | 138 | 100,0 |
| Uso Casa de Banho | Total | 0 | 14 | 10,1 |
| | | 5 | 21 | 15,2 |
| | | 10 | 103 | 74,6 |
| | | Total | 138 | 100,0 |
| Banho | Total | 0 | 84 | 60,9 |
| | | 5 | 54 | 39,1 |
| | | Total | 138 | 100,0 |
| Deambulação | Total | 0 | 4 | 2,9 |
| | | 5 | 10 | 7,2 |
| | | 10 | 35 | 25,4 |
| | | 15 | 89 | 64,5 |
| | | Total | 138 | 100,0 |
| Subir/Descer Escadas | Total | 0 | 18 | 13,0 |
| | | 5 | 54 | 39,1 |
| | | 10 | 66 | 47,8 |
| | | Total | 138 | 100,0 |
| Vestir | Total | 0 | 2 | 1,4 |
| | | 5 | 10 | 7,2 |
| | | 10 | 126 | 91,3 |
| | | Total | 138 | 100,0 |
| Controlo Intestinal | Total | 0 | 2 | 1,4 |
| | | 5 | 10 | 7,2 |
| | | 10 | 126 | 91,3 |
| | | Total | 138 | 100,0 |
| Controlo Urinário | Total | 0 | 4 | 2,9 |
| | | 5 | 48 | 34,8 |
| | | 10 | 86 | 62,3 |
| | | Total | 138 | 100,0 |

Estabelecemos as estatísticas relativas ao estado de independência em função do sexo. Os dados apresentados na tabela 11 revelam que o score mínimo pontuado no

índice de barthel foi de 15 pontos e o máximo de 100, sendo a média de $80,91 \pm 22,01$ pontos. Para o sexo masculino o score mínimo foi de 25 pontos e o máximo de 100 pontos, tendo uma média de $83,44 \pm 21,39$ pontos. Relativamente ao feminino, constatamos que o score mínimo e máximo foi de 15 e 100 pontos, respetivamente, com uma média de $79,56 \pm 22,33$. Os coeficientes de variação apresentam dispersões moderadas em torno da média por apresentarem valores entre 15 e 30%. Quanto aos valores de assimetria (Sk) e curtose (K), verificamos que a variável é normocúrtica mas enviesada à direita tanto para ambos os sexos como para a totalidade da amostra.

Tabela 10: Estatísticas relativas ao estado de independência em função do sexo

| Sexo | F | Min | Max | Média | D.P. | CV (%) | Sk/erro | K/erro |
|------------------|-----|-----|-----|-------|-------|--------|---------|--------|
| Masculino | 48 | 25 | 100 | 83,44 | 21,39 | 25,64 | -3,93 | 1,37 |
| Feminino | 90 | 15 | 100 | 79,56 | 22,33 | 28,07 | -4,85 | 1,36 |
| Total | 138 | 15 | 100 | 80,91 | 22,01 | 27,20 | -6,08 | 1,70 |

Analisando o grau de independência em função do sexo aferimos que a maior percentagem dos participantes, 38,4%, apresenta um nível de dependência moderado, seguidos pelos idosos independentes com 29,7% da amostra. Comparando os resultados por sexos, denota-se que existe um menor nível de independência nas mulheres já que 39,6% dos homens são independentes, contra 24,4% das mulheres. A maior parte das mulheres possui dependência moderada, 43,3%, e para os utentes com dependência severa apenas as senhoras contribuem com 3,3%. Recuperando as médias analisadas na tabela anterior para ambos os sexos, enfatizamos a maior dependência feminina já que a média para este grupo, $79,56 \pm 22,33$, é inferior à média para o sexo masculino $83,44 \pm 21,39$, logo o sexo feminino tende a pontuar com um score mais baixo no índice de barthel, denotando uma maior dependência.

Realizou-se o teste do Qui-Quadrado para analisar a relação entre a variável estado de independência e sexo obtendo-se os valores de $\chi^2 = 6,368$ e $p = 0,176$ pelo que afirmamos que o sexo não influencia o estado de independência, o que também é confirmado pelos resíduos ajustados.

Tabela 11: Estado de independência em função do sexo

| Variável | Sexo | | Feminino | | Total | | Residuais | |
|--------------------------------|------|-------|----------|-------|-------|-------|-----------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Masc. | Fem. |
| Estado de Independência | | | | | | | | |
| Dependência Total | 0 | 0,0 | 3 | 3,3 | 3 | 2,2 | -1,3 | 1,3 |
| Dependência Severa | 10 | 20,8 | 14 | 15,6 | 24 | 17,4 | 0,8 | -0,8 |
| Dependência Moderada | 14 | 29,2 | 39 | 43,3 | 53 | 38,4 | -1,6 | 1,6 |
| Dependência Ligeira | 5 | 10,4 | 12 | 13,3 | 17 | 12,3 | -0,5 | 0,5 |
| Independente | 19 | 39,6 | 22 | 24,4 | 41 | 29,7 | 1,9 | -1,9 |
| Total | 48 | 100,0 | 90 | 100,0 | 138 | 100,0 | | |

Para se obter uma maior homogeneidade da amostra, no que respeita ao estado de independência, recodificou-se esta variável constituindo-se três grupos, classificados em dependência severa a total, ligeira a moderada e independente.

Olhando os resultados na tabela 13, observamos que 50,7% da amostra apresenta dependência ligeira a moderada, seguindo-se 29,7% classificados como independentes e 19,6% com dependência severa a total. Comparando com a idade, para o grupo maioritário, os idosos mais velhos (85 anos ou mais), verificamos que 52,6% apresenta dependência ligeira a moderada, 29,7 são independentes e 22,1% apresentam dependência severa a total. Também para os idosos velhos (75-84 anos), a tendência reside na dependência ligeira a moderada com 50,0%, secundada pelos independentes com 39,59% e por fim a dependência severa a total com 10,5%. No que toca ao grupo minoritário dos idosos jovens (menos de 75 anos de idade), 40% destes, são portadores de dependência severa a total e a mesma percentagem é independente, enquanto 1,4% apresenta dependência ligeira a moderada.

Analisando o valor do teste do Qui-Quadrado ($\chi^2 = 6,000$; $p = 0,199$) conclui-se que as variáveis são independentes.

Tabela 12: Estado de independência em função da idade

| Gr. Etário Variável | ≤74 anos | | 75-84 anos | | ≥85 anos | | Total | | Residuais | | |
|--------------------------------|----------|-------|------------|-------|----------|-------|-------|-------|-----------|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | ≤74 | 75-84 | ≥85 |
| Estado de Independência | | | | | | | | | | | |
| Severa a Total | 2 | 40,0 | 4 | 10,5 | 21 | 22,1 | 27 | 19,6 | 1,2 | -1,6 | 1,1 |
| Ligeira a Moderada | 1 | 20,0 | 19 | 50,0 | 50 | 52,6 | 70 | 50,7 | -1,4 | -0,1 | 0,7 |
| Independente | 2 | 40,0 | 15 | 39,5 | 24 | 25,3 | 41 | 29,7 | 0,5 | 1,5 | -1,7 |
| Total | 5 | 100,0 | 38 | 100,0 | 95 | 100,0 | 138 | 100,0 | | | |

Incidindo no estudo do estado de independência em relação ao tempo de institucionalização na SCMCB, podemos observar que para os diferentes grupos constituídos, a maior percentagem em cada revela uma dependência ligeira a moderada, respetivamente com 69,2%, 51,4% e 45,3%. Tal como verificado anteriormente, também aqui registamos que o grupo dos participantes independentes ocupam o segundo lugar com 15,4%, 27,8% e 35,8% respetivamente.

O teste do Qui-Quadrado ($\chi^2= 3,043$; $p= 0,551$), revela existir relação entre o tempo de institucionalização e o estado de independência.

Tabela 13: Estado de independência em função do tempo de instituição

| Tempo Instituição Variável | 3-7meses | | 1-5 anos | | ≥6 anos | | Total | | Residuais | | |
|----------------------------------|----------|-------|----------|-------|---------|-------|-------|-------|-----------|------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | 3-7m | 1-5a | ≥6a |
| Estado de Independência | | | | | | | | | | | |
| Severa a Total | 2 | 15,4 | 15 | 20,8 | 10 | 18,9 | 27 | 19,6 | -0,4 | 0,4 | -0,2 |
| Ligeira a Moderada | 9 | 69,2 | 37 | 51,4 | 24 | 45,3 | 70 | 50,7 | 1,4 | 0,2 | -1,0 |
| Independente | 2 | 15,4 | 20 | 27,8 | 19 | 35,8 | 41 | 29,7 | -1,2 | -0,5 | 1,2 |
| Total | 13 | 100,0 | 72 | 100,0 | 53 | 100,0 | 138 | 100,0 | | | |

2.1.6. Avaliação do estado afetivo

Foram obtidas as estatísticas relativas ao estado afetivo em função do sexo, cujos resultados se apresentam na tabela 15. O score mínimo obtido na escala de depressão geriátrica foi de 0 e o máximo de 14 pontos, sendo a média de $5,49 \pm 3,72$ pontos. Olhando em função do sexo, podemos afirmar que o score mínimo e máximo foi de 0 e 13 pontos para os homens e 0 e 14 pontos para as mulheres, sendo as respetivas médias de $4,85 \pm 3,70$ pontos e $5,83 \pm 3,70$ pontos.

Os coeficientes de variação apresentam dispersões altas em torno da média por apresentarem valores superiores a 30%. E os valores de assimetria (Sk) e curtose (K) indicam que a variável em estudo é simétrica e mesocurtica para homens, mulheres e totalidade da amostra.

Tabela 14: Estatísticas relativas ao estado afetivo em função do sexo

| Sexo | F | Min | Max | Média | D.P. | CV (%) | Sk/erro | K/erro |
|------------------|-----|-----|-----|-------|------|--------|---------|--------|
| Masculino | 48 | 0 | 13 | 4,85 | 3,70 | 76,28 | 1,56 | -0,98 |
| Feminino | 90 | 0 | 14 | 5,83 | 3,70 | 63,46 | 1,24 | -1,73 |
| Total | 138 | 0 | 14 | 5,49 | 3,72 | 67,76 | 1,83 | -2,05 |

Debruçando-nos sobre a caracterização do estado afetivo em função do sexo (tabela 16), apuramos que a maioria da amostra, 52,2% não apresenta estado depressivo, 36,2% revela depressão ligeira e 11,6% depressão grave, de acordo com os grupos de coorte estabelecidos. Os homens (60,4%) na sua maioria não apresentam estado afetivo de depressão, seguindo-se os que possuem depressão ligeira com 31,3%. Nas mulheres, a maior parte também não apresenta depressão, 47,8%, no entanto apresenta percentagens mais elevadas de depressão ligeira e grave, com 38,9% e 13,3% respetivamente.

Pelo valor obtido através do teste do Qui-Quadrado ($\chi^2 = 2,138$; $p = 0,356$) aferimos que não existe diferença estatística entre as variáveis em estudo.

Tabela 15: Estado afetivo em função do sexo

| Variável | Sexo | | Total | | Residuais | | | |
|--------------------------|------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Masc. | Fem. |
| Estado Afetivo | | | | | | | | |
| Sem Depressão | 29 | 60,4 | 43 | 47,8 | 72 | 52,2 | 1,4 | -1,4 |
| Depressão Ligeira | 15 | 31,3 | 35 | 38,9 | 50 | 36,2 | -0,9 | 0,9 |
| Depressão Grave | 4 | 8,3 | 12 | 13,3 | 16 | 11,6 | -0,9 | 0,9 |
| Total | 48 | 100,0 | 90 | 100,0 | 138 | 100,0 | | |

Relacionando o estado afetivo com a idade podemos observar que a maioria da amostra para cada um dos grupos etários não apresenta depressão, com percentagens de 60% para os idosos jovens, 60,5% para os idosos velhos e 48,4% para os mais velhos. Salienta-se que, proporcionalmente, os mais elevados níveis de depressão se encontram nos idosos mais velhos com percentagens de 37,9% para depressão ligeira e 13,7% para depressão grave. Comparativamente, nos idosos velhos encontramos 31,6% com depressão ligeira e 7,9 com depressão grave. As diferenças entre grupos não são

estatisticamente significativas conforme resultados do teste do Qui-Quadrado após simulação de Monte Carlo para 10000 amostras e nível de significância a 5% ($\chi^2=2,529$; $p=0,637$).

Tabela 16: Estado afetivo em função da idade

| Gr. Etário Variável | ≤74 anos | | 75-84 anos | | ≥85 anos | | Total | | Residuais | | |
|--------------------------|----------|-------|------------|-------|----------|-------|-------|-------|-----------|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | ≤74 | 75-84 | ≥85 |
| Estado Afetivo | | | | | | | | | | | |
| Sem Depressão | 3 | 60,0 | 23 | 60,5 | 46 | 48,4 | 72 | 52,2 | 0,4 | 1,2 | -1,3 |
| Depressão Ligeira | 2 | 40,0 | 12 | 31,6 | 36 | 37,9 | 50 | 36,2 | 0,2 | -0,7 | 0,6 |
| Depressão Grave | 0 | 0,0 | 3 | 7,9 | 13 | 13,7 | 16 | 11,6 | -0,8 | -0,8 | 1,1 |
| Total | 5 | 100,0 | 38 | 100,0 | 95 | 100,0 | 138 | 100,0 | | | |

Em relação ao estado civil, observamos que a maioria, sejam casados ou não, não se apresentam com estado afetivo depressivo, com 64,7% para os casados e 50,4% para os não casados respectivamente. No que concerne à depressão ligeira, ambos os grupos apresentam valores semelhantes, com 35,3% para os casados e 36,4% para os não casados. Em termos de depressão grave, não se registam em utentes casados, mas já entre os não casados, 13,2% apresentam níveis bastante consideráveis de depressão.

O teste do qui-quadrado ($\chi^2=2,836$; $p=0,267$) estabelece não existir relação entre as variáveis.

Tabela 17: Estado afetivo em função do estado civil

| Estado Civil Variável | Casado | | Não Casado | | Total | | Residuais | |
|--------------------------|--------|-------|------------|-------|-------|-------|-----------|------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Casado | Não Casado |
| Estado Afetivo | | | | | | | | |
| Sem Depressão | 11 | 64,7 | 61 | 50,4 | 72 | 52,2 | 1,1 | -1,1 |
| Depressão Ligeira | 6 | 35,3 | 44 | 36,4 | 50 | 36,2 | -0,1 | 0,1 |
| Depressão Grave | 0 | 0,0 | 16 | 13,2 | 16 | 11,6 | -1,6 | 1,6 |
| Total | 17 | 100,0 | 121 | 100,0 | 138 | 100,0 | | |

Olhando para o estado afetivo e as habilitações literárias, percebemos que nos idosos que não possuem escolaridade bem como nos que concluíram do 4º ao 9º ano, a sua maioria não apresenta depressão, visto apresentarem percentagens de 50,8% e

56,9% respetivamente. De uma forma diferente, os idosos com ensino secundário ou superior, na sua maioria, 62,5%, apresenta depressão ligeira.

Também neste caso não existe relação entre as variáveis já que ($\chi^2= 6,439$ $p= 0,173$) não apresenta significância estatística.

Tabela 18: Estado afetivo em função das habilitações literárias

| Hab. Lit. Variável | s/Habilt. | | 4º-9ºano | | Sec/Sup | | Total | | Residuais | | |
|--------------------------|-----------|-------|----------|-------|---------|-------|-------|-------|-----------|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | s/Hab | 4º-9º | ≥Sec |
| Estado Afetivo | | | | | | | | | | | |
| Sem Depressão | 33 | 50,8 | 37 | 56,9 | 2 | 25,0 | 72 | 52,2 | -0,3 | 1,1 | -1,6 |
| Depressão Ligeira | 27 | 41,5 | 18 | 27,7 | 5 | 62,5 | 50 | 36,2 | 1,2 | -2,0 | 1,6 |
| Depressão Grave | 5 | 7,7 | 10 | 15,4 | 1 | 12,5 | 16 | 11,6 | -1,4 | 1,3 | 0,1 |
| Total | 65 | 100,0 | 65 | 100,0 | 8 | 100,0 | 138 | 100,0 | | | |

Juntando os dados relativos ao estado afetivo em função do tempo de institucionalização obtivemos a tabela 20, onde podemos observar que para os idosos que se encontram na SCMCB de 3 a 7 meses, na sua maioria apresentam depressão ligeira (53,8%), seguidos por aqueles que não revelam estado afetivo sintomatológico (38,5%). Relativamente aos grupos de idosos que residem em lar entre 1 a 5 anos ou mais de seis anos, também se verifica que a maioria não apresenta estado afetivo de depressão, com 55,6% e 50,9%, respetivamente. No entanto, observa-se um aumento proporcional do número de idosos que apresentam estado afetivo de depressão grave ao longo do tempo já que para os participantes com um período de institucionalização entre 3 a 7 meses, apenas 7,7% dos mesmos apresentava estado afetivo de depressão grave, para os institucionalizados entre 1 a 5 anos, o percentual é de 8,3%, e para os idosos que se encontram na SCMCB há mais de 6 anos, 17,0% apresenta estado afetivo de depressão.

As variáveis, estado afetivo e tempo de institucionalização são independentes uma da outra visto o teste do Qui-Quadrado ($\chi^2= 4,165$; $p= 0,391$) não apresentar valores com significado estatístico.

Tabela 19: Estado afetivo em função do tempo de institucionalização

| Tempo Instituição Variável | 3-7 meses | | 1-5 anos | | ≥6 anos | | Total | | Residuais | | |
|----------------------------------|-----------|-------|----------|-------|---------|-------|-------|-------|-----------|------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | 3-7m | 1-5a | ≥6a |
| Estado Afetivo | | | | | | | | | | | |
| Sem Depressão | 5 | 38,5 | 40 | 55,6 | 27 | 50,9 | 72 | 52,2 | -1,0 | 0,8 | -0,2 |
| Depressão Ligeira | 7 | 53,8 | 26 | 36,1 | 17 | 32,1 | 50 | 36,2 | 1,4 | 0,0 | -0,8 |
| Depressão Grave | 1 | 7,7 | 6 | 8,3 | 9 | 17,0 | 16 | 11,6 | -0,5 | -1,2 | 1,6 |
| Total | 13 | 100,0 | 72 | 100,0 | 53 | 100,0 | 138 | 100,0 | | | |

Procedemos à caracterização da amostra relativamente ao estado afetivo e grau de independência, sendo construída a tabela 21. Configura-se que o grupo de idosos que possui dependência severa a total apresenta valores mais elevados de depressão comparativamente com os outros grupos. Neste caso, dos mais dependentes, 48,1% apresenta estado afetivo de depressão ligeira, seguindo-se com 29,6% os que não possuem estado afetivo de depressão e seguidamente surgem os que possuem estado afetivo de depressão grave com 22,2%.

Para os grupos com dependência ligeira a moderada e independentes, na sua maioria não apresentam estados afetivos de depressão, 51,4% e 26,8%, respetivamente, e ambos os grupos, em segundo lugar contam com os que possuem estados afetivos de depressão ligeira, concretamente com 37,1% e 26,8%.

Realizado o teste do Qui-Quadrado ($\chi^2 = 10,981$ $p = 0,022$), o mesmo revelou a existência de significância estatística entre as variáveis em estudo que se situam entre os idosos sem estado afetivo de depressão e “independente”, e estado afetivo de depressão grave e grau de dependência severa a total.

Tabela 20: Estado afetivo em função estado de independência

| Estado Independência Variável | Severa a Total | | Ligeira a Moderada | | Independ. | | Total | | Residuais | | |
|-------------------------------------|-------------------|-------|-----------------------|-------|-----------|-------|-------|-------|-----------|------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | S/T | L/M | Ind |
| Estado Afetivo | | | | | | | | | | | |
| Sem Depressão | 8 | 29,6 | 36 | 51,4 | 28 | 68,3 | 72 | 52,2 | -2,6 | -0,2 | 2,5 |
| Depressão Ligeira | 13 | 48,1 | 26 | 37,1 | 11 | 26,8 | 50 | 36,2 | 1,4 | 0,2 | -1,5 |
| Depressão Grave | 6 | 22,2 | 8 | 11,4 | 2 | 4,9 | 16 | 11,6 | 2,0 | -0,1 | -1,6 |
| Total | 27 | 100,0 | 70 | 100,0 | 41 | 100,0 | 138 | 100,0 | | | |

2.1.7. Avaliação da funcionalidade familiar

Foram executadas as estatísticas relativas à funcionalidade familiar em função do sexo, cujos resultados se apresentam na tabela 22. Como constatamos o score mínimo obtido na escala foi de 0 e o máximo de 10 pontos, sendo a média de $7,48 \pm 3,09$ pontos. Olhando os resultados em função do sexo, aferimos que o score mínimo e máximo para ambos os sexos foi de 0 e 10 pontos, sendo as respectivas médias de $7,29 \pm 3,52$ pontos e $7,58 \pm 2,85$ pontos.

Os coeficientes de variação apresentam dispersões altas em torno da média e os valores de assimetria (Sk) e curtose (K), revelam curvas normocúrticas mas envezadas à direita.

Tabela 21: Estatísticas relativas à funcionalidade familiar em função do sexo

| Sexo | F | Min | Max | Média | D.P. | CV (%) | Sk/erro | K/erro |
|------------------|-----|-----|-----|-------|------|--------|---------|--------|
| Masculino | 48 | 0 | 10 | 7,29 | 3,52 | 48,34 | -3,15 | -0,24 |
| Feminino | 90 | 0 | 10 | 7,58 | 2,85 | 37,59 | -3,84 | 0,46 |
| Total | 138 | 0 | 10 | 7,48 | 3,09 | 41,31 | -5,3 | 0,40 |

Caracterizando a funcionalidade com base nos grupos de corte estabelecidos, observamos na tabela 23, que na sua maioria os idosos que compõem a nossa amostra possui famílias funcionais, 64,5%, e apenas 35,5% foram classificadas como disfuncionais. No que respeita ao sexo, também se registam na sua maioria famílias funcionais, 64,6% e 64,4% respetivamente para homens e mulheres.

Testando a relação entre as duas variáveis e com base no teste do Qui-Quadrado ($\chi^2 = 0,000$; $p = 0,987$) afirmamos que são independentes.

Tabela 22: Funcionalidade familiar em função do sexo

| Variável | Sexo | Masculino | | Feminino | | Total | | Residuais | |
|--------------------------------|------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|-----------|------|
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Masc. | Fem. |
| Funcionalidade Familiar | | | | | | | | | |
| Disfuncional | | 17 | 35,4 | 32 | 35,6 | 49 | 35,5 | 0,0 | 0,0 |
| Funcional | | 31 | 64,6 | 58 | 64,4 | 89 | 64,5 | 0,0 | 0,0 |
| Total | | 48 | 100,0 | 90 | 100,0 | 138 | 100,0 | | |

Relacionando a funcionalidade familiar com a idade, podemos afirmar que para o grupo dos idosos mais velhos e idosos velhos a maioria possui uma família funcional, contando com 64,2% e 68,4% respetivamente. Já no que concerne ao grupo dos idosos

jovens, a maioria apresenta famílias disfuncionais, representando 60% do total do grupo.

Pelo teste do Qui-Quadrado ($\chi^2= 1,569$; $p= 0,475$) afirmamos que as variáveis são independentes.

Tabela 23: Funcionalidade familiar em função da idade

| Gr. Etário Variável | ≤74 anos | | 75-84 anos | | ≥85 anos | | Total | | Residuais | | |
|--------------------------------|----------|-------|------------|-------|----------|-------|-------|-------|-----------|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | ≤74 | 75-84 | ≥85 |
| Funcionalidade Familiar | | | | | | | | | | | |
| Disfuncional | 3 | 60,0 | 12 | 31,6 | 34 | 35,8 | 49 | 35,5 | 1,2 | -0,6 | 0,1 |
| Funcional | 2 | 40,0 | 26 | 68,4 | 61 | 64,2 | 89 | 64,5 | -1,2 | 0,6 | -0,1 |
| Total | 5 | 100,0 | 38 | 100,0 | 95 | 100,0 | 138 | 100,0 | | | |

Recaindo a análise sobre a funcionalidade familiar e o estado civil, apuramos que para ambos os grupos, quer casados quer não casados, a maioria apresenta famílias funcionais, 76,5% e 62,8%, respetivamente.

Usando o teste do Qui-Quadrado ($\chi^2= 1,215$ $p= 0,270$) podemos afirmar que as variáveis são independentes.

Tabela 24: Caracterização da funcionalidade familiar da amostra em função do estado civil

| Estado Civil I Variável | Casado | | Não Casado | | Total | | Residuais | |
|--------------------------------|--------|-------|------------|-------|-------|-------|-----------|------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Casado | Não Casado |
| Funcionalidade Familiar | | | | | | | | |
| Disfuncional | 4 | 23,5 | 45 | 37,2 | 49 | 35,5 | -1,1 | 1,1 |
| Funcional | 13 | 76,5 | 76 | 62,8 | 89 | 64,5 | 1,1 | -1,1 |
| Total | 17 | 100,0 | 121 | 100,0 | 138 | 100,0 | | |

Procedendo à caracterização da amostra relativamente à funcionalidade familiar e habilitações literárias notamos pela tabela 26 que a maioria dos participantes independentemente das habilitações literárias inserem-se famílias funcionais, com percentagens de 67,7%, 61,5% e 62,5% para os grupos sem habilitações, do 4º ao 9º ano e ensino secundário ou superior, respetivamente.

O teste do Qui-Quadrado ($\chi^2= 0,552$; $p= 0,811$) veio confirmar a independência das variáveis.

Tabela 25: Funcionalidade familiar em função das habilitações literárias

| Hab. Lit. Variável | s/Habilit. | | 4º-9ºano | | Sec/Sup | | Total | | Residuais | | |
|--------------------------------|------------|-------|----------|-------|---------|-------|-------|-------|-----------|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | s/Hab | 4º-9º | ≥Sec |
| Funcionalidade Familiar | | | | | | | | | | | |
| Disfuncional | 21 | 32,3 | 25 | 38,5 | 3 | 37,5 | 49 | 35,5 | -0,7 | 0,7 | 0,1 |
| Funcional | 44 | 67,7 | 40 | 61,5 | 5 | 62,5 | 89 | 64,5 | 0,7 | -0,7 | -0,1 |
| Total | 65 | 100,0 | 65 | 100,0 | 8 | 100,0 | 138 | 100,0 | | | |

Focando a nossa atenção sobre a funcionalidade familiar e o tempo de institucionalização, observamos que as famílias funcionais tendem a reduzir proporcionalmente à medida que aumenta o tempo de institucionalização, dado que, para o grupo com uma permanência na instituição entre 3 a 7 meses existem 76,9% de famílias funcionais, para os que têm entre 1 a 5 anos existem 66,7%, e para os que permanecem há mais de 6 anos na instituição, apenas 58,5% das famílias são funcionais.

No entanto, o teste do Qui-Quadrado ($\chi^2 = 1,860$ $p = 0,426$) não revela significância estatística.

Tabela 26: Funcionalidade familiar em função do tempo de instituição

| Tempo Instituição Variável | 3-7 meses | | 1-5 anos | | ≥6 anos | | Total | | Residuais | | |
|----------------------------------|-----------|-------|----------|-------|---------|-------|-------|-------|-----------|------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | 3-7m | 1-5a | ≥6a |
| Funcionalidade Familiar | | | | | | | | | | | |
| Disfuncional | 3 | 23,1 | 24 | 33,3 | 22 | 41,5 | 49 | 35,5 | -1,0 | -0,6 | 1,2 |
| Funcional | 10 | 76,9 | 48 | 66,7 | 31 | 58,5 | 89 | 64,5 | 1,0 | 0,6 | -1,2 |
| Total | 13 | 100,0 | 72 | 100,0 | 53 | 100,0 | 138 | 100,0 | | | |

Estudando a relação entre o grau de independência e a funcionalidade familiar, observamos na tabela 28 que, para os diferentes grupos a maioria das famílias é funcional, obtendo-se percentagens de 70,4% da amostra nos idosos com dependência severa a total, 64,3% para os que possuem ligeira a moderada, e 61,0% para os independentes.

Pelo teste do Qui-Quadrado ($\chi^2 = 0,630$; $p = 0,702$), aferimos não haver relação entre as variáveis “estado de independência” e “funcionalidade familiar”.

Tabela 27: Funcionalidade familiar em função do estado de independência

| Estado Independência Variável | Severa a Total | | Ligeira a Moderada | | Independ. | | Total | | Residuais | | |
|--------------------------------|----------------|-------|--------------------|-------|-----------|-------|-------|-------|-----------|------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | S/T | L/M | Ind |
| Funcionalidade Familiar | | | | | | | | | | | |
| Disfuncional | 8 | 29,6 | 25 | 35,7 | 16 | 39,0 | 49 | 35,5 | -0,7 | 0,1 | 0,6 |
| Funcional | 19 | 70,4 | 45 | 64,3 | 25 | 61,0 | 89 | 64,5 | 0,7 | -0,1 | -0,6 |
| Total | 27 | 100,0 | 70 | 100,0 | 41 | 100,0 | 138 | 100,0 | | | |

Caracterizando finalmente a funcionalidade familiar em função do estado afetivo, observamos que os idosos que apresentam estado afetivo de depressão se encontram sobretudo em famílias (47%). No que concerne ao grupo sem depressão, o maior percentual (75%) recai nos que possuem família funcional.

Avaliando a relação através do teste do qui-quadrado ($\chi^2 = 7,258$ $p = 0,007$), podemos afirmar que o estado afetivo influencia a funcionalidade familiar. Registrando-se as diferenças entre os idosos que possuem uma família disfuncional e apresentam estado afetivo de depressão, e família funcional e estado afetivo sem depressão.

Tabela 28: Funcionalidade familiar em função do estado afetivo

| Estado Afetivo Variável | Sem Depressão | | Com Depressão | | Total | | Residuais | |
|--------------------------------|---------------|-------|---------------|-------|-------|-------|-----------|-----------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | S/Depres. | C/Depres. |
| Funcionalidade Familiar | | | | | | | | |
| Disfuncional | 18 | 25,0 | 31 | 47,0 | 49 | 35,5 | -2,7 | 2,7 |
| Funcional | 54 | 75,0 | 35 | 53,0 | 89 | 64,5 | 2,7 | -2,7 |
| Total | 72 | 100,0 | 66 | 100,0 | 138 | 100,0 | | |

2.1.8. Qualidade de vida dos idosos institucionalizados

Com base na aplicação da escala de Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados foram calculadas as estatísticas relativamente aos onze constructos que compõem esta escala e a QdV global que advém da junção de todos eles (tabela 30).

No que concerne aos scores mínimos e máximos obtidos em cada uma das subescalas podemos observar que em praticamente todos eles os resultados obtidos não foram muito distintos entre os sexos, inclusive foram iguais nas competências funcionais, atividades significativas, relacionamentos e autonomia.

O sexo masculino obteve um score médio superior na subescala do conforto, competências funcionais, privacidade, atividades significativas, satisfação com os alimentos, segurança e individualidade. Nas restantes foi o sexo feminino a obter um score médio superior.

Analisando a junção de todos os constructos que formam a QdV no modelo de Rosalie Kane, podemos observar que o score mínimo foi de 95 pontos e o máximo de 208 pontos, sendo a média $157,67 \pm 22,20$ pontos. Segundo o sexo, os homens obtiveram um score mínimo de 95 e máximo de 208 pontos, com uma média de $158,35 \pm 26,23$ pontos. As mulheres por sua vez têm um score mínimo de 112 e máximo de 201 pontos, com uma média de $157,31 \pm 19,87$ pontos.

Para todos os constructos o valor dos coeficientes de variação indicam dispersões moderadas em torno da média com exceção da autonomia que apresenta uma dispersão elevada.

Relativamente às medidas de assimetria e curtose, podemos inferir que a distribuição do conforto, da satisfação com os alimentos, da segurança e da QdV total em função do sexo são simétricas e mesocúrticas quer para ambos os sexos como para a totalidade. Já os restantes constructos não possuem uma distribuição normal.

Tabela 29: Estatísticas relativas à qualidade de vida em função do sexo

| CONFORTO | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----|-----|-----|--------|-------|--------|---------|--------|
| Sexo | F | Min | Max | Média | D.P. | CV (%) | Sk/erro | K/erro |
| Masculino | 48 | 8 | 24 | 17,38 | 3,59 | 20,66 | -1,15 | 1,32 |
| Feminino | 90 | 11 | 24 | 16,23 | 2,73 | 16,82 | 0,64 | -0,21 |
| Total | 138 | 8 | 24 | 16,63 | 3,09 | 18,58 | 0,58 | -1 |
| COMPETÊNCIAS FUNCIONAIS | | | | | | | | |
| Masculino | 48 | 5 | 20 | 15,65 | 4,48 | 28,63 | -2,43 | -0,23 |
| Feminino | 90 | 5 | 20 | 16,00 | 4,67 | 29,19 | -4,07 | 0,18 |
| Total | 138 | 5 | 20 | 15,88 | 4,59 | 28,90 | -4,63 | -1,02 |
| PRIVACIDADE | | | | | | | | |
| Masculino | 48 | 8 | 20 | 15,88 | 4,18 | 26,32 | -2,06 | -1,37 |
| Feminino | 90 | 5 | 20 | 15,42 | 3,93 | 25,49 | -3,01 | -0,39 |
| Total | 138 | 5 | 20 | 15,58 | 4,01 | 25,74 | -3,51 | -1,22 |
| DIGNIDADE | | | | | | | | |
| Masculino | 48 | 9 | 20 | 16,44 | 3,12 | 18,98 | -2,16 | -0,57 |
| Feminino | 90 | 11 | 20 | 16,53 | 2,50 | 15,12 | -1,47 | -1,92 |
| Total | 138 | 9 | 20 | 16,50 | 2,72 | 16,48 | -2,77 | -1,31 |
| ATIVIDADES SIGNIFICATIVAS | | | | | | | | |
| Masculino | 48 | 6 | 21 | 14,42 | 4,32 | 29,96 | -1,71 | -1,36 |
| Feminino | 90 | 6 | 21 | 14,33 | 3,53 | 24,63 | -1,5 | -0,70 |
| Total | 138 | 6 | 21 | 14,36 | 3,81 | 26,53 | -2,3 | -1,45 |
| RELACIONAMENTOS | | | | | | | | |
| Masculino | 48 | 7 | 20 | 14,52 | 3,05 | 21,00 | -1,23 | 0,37 |
| Feminino | 90 | 7 | 20 | 14,77 | 2,13 | 14,42 | -2,84 | 3,77 |
| Total | 138 | 7 | 20 | 14,68 | 2,48 | 16,89 | -2,95 | 2,91 |
| AUTONOMIA | | | | | | | | |
| Masculino | 48 | 4 | 16 | 9,96 | 3,95 | 39,66 | -0,64 | -1,77 |
| Feminino | 90 | 4 | 16 | 10,06 | 3,66 | 36,38 | -1,39 | -1,77 |
| Total | 138 | 4 | 16 | 10,02 | 3,75 | 37,43 | -1,45 | -2,64 |
| SATISFAÇÃO COM OS ALIMENTOS | | | | | | | | |
| Masculino | 48 | 3 | 11 | 7,52 | 2,25 | 29,92 | -0,99 | -1,17 |
| Feminino | 90 | 3 | 12 | 7,50 | 2,25 | 30,00 | 1,17 | -1,17 |
| Total | 138 | 3 | 12 | 7,51 | 2,25 | 29,96 | 0,89 | -1,66 |
| BEM-ESTAR ESPIRITUAL | | | | | | | | |
| Masculino | 48 | 8 | 16 | 13,77 | 2,26 | 16,41 | -2,59 | -0,35 |
| Feminino | 90 | 9 | 16 | 14,81 | 1,56 | 10,53 | -6,75 | 5,68 |
| Total | 138 | 8 | 16 | 14,45 | 1,90 | 13,15 | -6,86 | 3,27 |
| SEGURANÇA | | | | | | | | |
| Masculino | 48 | 9 | 20 | 16,71 | 2,65 | 15,86 | -1,94 | -0,10 |
| Feminino | 90 | 10 | 20 | 15,78 | 2,59 | 16,41 | -0,84 | -1,44 |
| Total | 138 | 9 | 20 | 16,10 | 2,64 | 16,40 | -1,67 | -1,54 |
| INDIVIDUALIDADE | | | | | | | | |
| Masculino | 48 | 6 | 23 | 16,13 | 3,62 | 22,44 | -0,33 | 0,49 |
| Feminino | 90 | 9 | 24 | 15,88 | 2,94 | 18,51 | 2,22 | 1,59 |
| Total | 138 | 6 | 24 | 15,96 | 3,18 | 19,92 | 1,23 | 1,40 |
| QUALIDADE DE VIDA (TOTAL) | | | | | | | | |
| Masculino | 48 | 95 | 208 | 158,35 | 26,23 | 16,56 | -1,19 | -0,39 |
| Feminino | 90 | 112 | 201 | 157,31 | 19,87 | 12,63 | -0,90 | -1,27 |
| Total | 138 | 95 | 208 | 157,67 | 22,20 | 14,08 | -1,51 | -0,67 |

2.2. Análise Inferencial

Terminada a análise descritiva, iremos proceder à análise inferencial uma vez que um dos principais objetivos da inferência estatística é a verificação de hipóteses e a generalização das suas relações. Assim, a primeira questão de investigação procurava investigar: “qual a influência das variáveis sociodemográficas na qualidade de vida dos idosos institucionalizados na SCM CB”.

2.2.1. Relação entre as variáveis sociodemográficas e a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCM CB

- Relação entre sexo e qualidade de vida

Para se perceber a associação existente entre sexo e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados na SCM CB, utilizámos um Teste U de Mann-Whitney. Ao olhar para as ordenações médias obtidas para cada grupo, observamos que no caso dos homens, estes apresentam melhores índices de qualidade de vida no que concerne ao Conforto, Privacidade, Dignidade, Atividades Significativas, Satisfação com os Alimentos, Segurança, Individualidade e Qualidade de Vida Global quando comparados com as mulheres. Já as mulheres pontuam com ordenações médias mais elevadas nos campos das Competências Funcionais, dos Relacionamentos, da Autonomia e do Bem-estar Espiritual.

Contudo, com base nos valores obtidos no teste, apenas existem significâncias estatísticas para o conforto ($Z=-2,101$; $p=0,036$), bem-estar espiritual ($Z=-2,692$; $p=0,007$), e segurança ($Z=-2,061$; $p=0,039$). Assim podemos afirmar que o sexo influencia a qualidade de vida no que diz respeito a estas variáveis, e não tem efeito sobre as restantes.

Tabela 30: Teste U de Mann Whitney para o sexo e os domínios da qualidade de vida

| Variável | Sexo | Masculino | Feminino | Teste U Mann-Whitney | |
|-----------------------------|------|-----------|----------|----------------------|-------|
| | | OM | OM | Z | p |
| Qualidade de Vida | | | | | |
| Conforto | | 79,24 | 64,31 | -2,101 | 0,036 |
| Competências Funcionais | | 67,40 | 70,62 | -0,467 | 0,640 |
| Privacidade | | 73,77 | 67,22 | -0,923 | 0,356 |
| Dignidade | | 70,95 | 68,73 | -0,313 | 0,754 |
| Atividades Significativas | | 72,83 | 67,72 | -0,718 | 0,473 |
| Relacionamentos | | 67,14 | 70,76 | -0,512 | 0,608 |
| Autonomia | | 69,15 | 69,99 | -0,076 | 0,939 |
| Satisfação com os Alimentos | | 70,42 | 69,01 | -0,199 | 0,842 |
| Bem-estar Espiritual | | 57,47 | 75,92 | -2,692 | 0,007 |
| Segurança | | 79,04 | 64,41 | -2,061 | 0,039 |
| Individualidade | | 71,95 | 68,19 | -0,530 | 0,596 |
| Qualidade de Vida (Global) | | 71,47 | 68,45 | -0,423 | 0,673 |

- Relação entre idade e qualidade de vida

Por forma a compreendermos a relação existente entre as variáveis em estudo recorreremos ao teste de Kruskal-Wallis. Seguindo o mesmo procedimento foram analisados todos os onze domínios sendo criada a tabela 34.

Pelos resultados obtidos aferimos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários e os domínios da QdV, visto o valor de “p” ser sempre superior a 0,05, o que corrobora a afirmação que a idade não influencia a qualidade de vida do idoso institucionalizado na SCMCB.

Quanto às ordenações médias, no conforto, na dignidade, e nos relacionamentos observamos que é o grupo dos idosos com idade inferior ou igual a 74 anos que apresenta valores mais elevados (95,60; 78,10; e 94,90), respetivamente. O grupo dos idosos com idades compreendidas entre 75 e 84 anos apresenta ordenações médias mais elevadas para as competências funcionais (77,18), privacidade (71,05), atividades significativas (73,66), e autonomia (78,54). Já os idosos com idade igual ou superior a 85 anos, apresenta ordenações médias superiores no que toca à satisfação com os alimentos (72,95), bem-estar espiritual (70,28), individualidade (71,25) e fator global (69,72).

Tabela 31: Teste Kruskal-Wallis para a idade e os domínios da qualidade de vida

| Variável | Grupos Etários | | | Teste Kruskal-Wallis | |
|------------------------------------|----------------|-------------|-----------|----------------------|-------|
| | ≤74 OM | 75-84 OM | ≥85 OM | H | p |
| Qualidade de Vida | | | | | |
| Conforto | 95,60 | 67,00 | 69,13 | 2,312 | 0,315 |
| Competências Funcionais | 57,50 | 77,18 | 67,06 | 2,367 | 0,306 |
| Privacidade | 64,60 | 71,05 | 69,14 | 0,142 | 0,931 |
| Dignidade | 78,10 | 63,75 | 71,35 | 1,240 | 0,538 |
| Atividades Significativas | 48,80 | 73,66 | 68,93 | 1,787 | 0,409 |
| Relacionamentos | 94,90 | 66,21 | 69,48 | 2,321 | 0,313 |
| Autonomia | 71,50 | 78,54 | 65,78 | 2,809 | 0,246 |
| Satisfação com os Alimentos | 50,00 | 63,45 | 72,95 | 2,845 | 0,241 |
| Bem-estar Espiritual | 55,60 | 69,38 | 70,28 | 0,696 | 0,706 |
| Segurança | 78,60 | 65,46 | 70,64 | 0,734 | 0,693 |
| Individualidade | 42,10 | 68,74 | 71,25 | 2,589 | 0,274 |
| Qualidade de Vida (Global) | 68,10 | 69,14 | 69,72 | 0,012 | 0,994 |

- Relação entre estado civil e qualidade de vida

Analisando o estado civil, os domínios que constituem a QdV e a sua globalidade, procedeu-se à realização do teste não paramétrico U de Mann Whitney, obtendo-se os resultados constantes na tabela 36.

Observamos que os idosos que se encontram casados apenas apresentam ordenações médias superiores relativamente ao bem-estar espiritual (80,65) e segurança (82,91), já os idosos solteiros, viúvos e divorciados superam estes em todos os outros domínios e no fator global.

Somente no domínio da individualidade se obtiveram resultados que nos indicam existirem diferenças estatisticamente significativas ($Z=-1,487$; $p=0,047$), o que nos leva a afirmar que o estado civil influencia a individualidade do idoso institucionalizado na SCMCB.

Tabela 32: Teste U de Mann Whitney para o estado civil e os domínios da qualidade de vida

| Variável | Estado Civil | Casado | Não Casado | Teste U Mann-Whitney | |
|-----------------------------|--------------|--------|------------|----------------------|-------|
| | | OM | OM | Z | p |
| Qualidade de Vida | | | | | |
| Conforto | | 65,50 | 70,06 | -0,443 | 0,658 |
| Competências Funcionais | | 68,32 | 69,67 | -0,134 | 0,893 |
| Privacidade | | 68,76 | 69,60 | -0,082 | 0,935 |
| Dignidade | | 55,79 | 71,43 | -1,521 | 0,128 |
| Atividades Significativas | | 64,68 | 70,18 | -0,534 | 0,594 |
| Relacionamentos | | 60,65 | 70,74 | -0,985 | 0,325 |
| Autonomia | | 61,85 | 70,57 | -0,847 | 0,397 |
| Satisfação com os Alimentos | | 60,68 | 70,74 | -0,985 | 0,324 |
| Bem-estar Espiritual | | 80,65 | 67,93 | -1,279 | 0,201 |
| Segurança | | 82,91 | 67,62 | -1,487 | 0,137 |
| Individualidade | | 51,62 | 72,01 | -1,987 | 0,047 |
| Qualidade de Vida (Global) | | 63,26 | 70,38 | -0,687 | 0,492 |

- Relação entre habilitações literárias e qualidade de vida

De forma a perceber a relação existente entre as variáveis, usamos o teste de Kruskal-Wallis, procedendo à elaboração da tabela 37.

Desconstruindo a QdV nos seus domínios e segundo a tabela 37, observamos que os idosos que não apresentam quaisquer habilitações literárias demonstram índices mais elevados no que concerne aos relacionamentos (72,52), satisfação com os alimentos (74,45), bem-estar espiritual (78,16) e individualidade (73,79). Os idosos que possuem o ensino básico pontuaram valores mais elevados em conforto (74,05), competências funcionais (74,51), atividades significativas (70,22) e na Qualidade de Vida Global (72,30). Já os idosos com o ensino secundário ou superior, apresentam ordenações médias superiores no campo da privacidade (83,13), autonomia (83,44), e segurança (79,06).

Também segundo a tabela 37, apenas podemos aferir que existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e o bem-estar espiritual

($H=8,210$; $p=0,027$). Assim é possível afirmar que as habilitações literárias influenciam o bem-estar espiritual.

Tabela 33: Teste Kruskal-Wallis para as habilitações literárias e os domínios da qualidade de vida

| Variável | Hab. Lit. | s/Hab | 4º-9º | Sec/Sup | Teste Kruskal-Wallis | |
|-----------------------------|-----------|-------|-------|---------|----------------------|---|
| | OM | OM | OM | OM | H | p |
| Qualidade de Vida | | | | | | |
| Conforto | 65,18 | 74,05 | 67,63 | 1,633 | 0,442 | |
| Competências Funcionais | 63,98 | 74,51 | 73,63 | 2,510 | 0,285 | |
| Privacidade | 61,67 | 75,65 | 83,13 | 5,039 | 0,080 | |
| Dignidade | 64,82 | 72,76 | 81,00 | 2,016 | 0,365 | |
| Atividades Significativas | 69,50 | 70,22 | 63,69 | 0,192 | 0,909 | |
| Relacionamentos | 72,52 | 67,83 | 58,50 | 1,112 | 0,573 | |
| Autonomia | 61,59 | 75,69 | 83,44 | 5,130 | 0,077 | |
| Satisfação com os Alimentos | 74,45 | 64,93 | 66,44 | 1,944 | 0,378 | |
| Bem-estar Espiritual | 78,16 | 63,32 | 49,31 | 8,210 | 0,027 | |
| Segurança | 66,99 | 70,83 | 79,06 | 0,796 | 0,672 | |
| Individualidade | 73,79 | 65,99 | 63,13 | 1,479 | 0,477 | |
| Qualidade de Vida (Global) | 67,09 | 72,30 | 66,31 | 0,606 | 0,739 | |

2.2.2. Relação entre as variáveis socioespaciais e a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB

- Relação entre o lar da SCMCB e a Qualidade de Vida

Foi realizado o teste de Kruskal-Wallis a fim de ponderar a relação existente entre as variáveis em estudo, sendo criada a tabela 45.

No que concerne aos domínios da qualidade de vida observamos, com base nos resultados obtidos, que no Pavilhão J os participantes apresentam índices mais elevados em seis dos onze domínios bem como na qualidade de vida global, nomeadamente na dignidade, atividades significativas, relacionamentos, autonomia, satisfação com os alimentos e individualidade. Por sua vez os participantes do Pavilhão I demonstraram índices mais elevados no que diz respeito ao conforto, privacidade e segurança. Nas competências funcionais e no bem-estar espiritual foram os participantes do Pavilhão A e H, respetivamente, aqueles que apresentaram índices mais elevados.

Em contrapartida, verificamos que os participantes do Pavilhão F-3ºPiso pontuam os scores mais baixos em sete dos onze domínios e inclusive na qualidade de vida global, exceptuando-se os domínios da dignidade e segurança, onde os pior avaliados foram os participantes do Pavilhão F-2ºPiso, o domínio dos relacionamentos, que ficou a cargo dos participantes do Pavilhão C e, o domínio do bem-estar espiritual onde foi pior avaliado pelos participantes do Pavilhão I.

Ao olhar para os resultados obtidos, apuramos que existem significâncias estatísticas entre todos os domínios e fator global, e o lar em que os participantes residem na SCM CB, com exceção do domínio das atividades significativas, assim reconhecemos que o lar da SCM CB em que o idoso reside condiciona bastante a qualidade de vida deste.

Tabela 34: Teste de Kruskal-Wallis para o lar da SCMCB e os domínios da qualidade de vida

| Variável | Lar | AG | SA | A | B | C | E | 2ºP | 3ºP | 4ºP | H | J | I | JCA | Teste Kruskal-Wallis | |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|-------|--------|----------------------|---|
| | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | H | p |
| Qualidade de Vida | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Conforto | 94,48 | 91,25 | 62,00 | 76,31 | 71,88 | 47,69 | 81,83 | 20,00 | 61,82 | 41,69 | 70,81 | 106,75 | 64,95 | 28,744 | 0,004 | |
| Competências Funcionais | 83,35 | 70,80 | 91,79 | 81,69 | 69,38 | 76,56 | 40,83 | 24,30 | 57,41 | 80,44 | 83,56 | 81,25 | 45,65 | 27,829 | 0,006 | |
| Privacidade | 93,85 | 70,60 | 83,04 | 95,96 | 90,83 | 55,56 | 34,00 | 10,60 | 49,29 | 44,81 | 89,31 | 125,50 | 45,63 | 53,328 | 0,000 | |
| Dignidade | 93,50 | 90,50 | 87,00 | 65,23 | 66,83 | 47,50 | 29,67 | 31,60 | 52,59 | 42,25 | 98,50 | 98,25 | 64,15 | 35,154 | 0,000 | |
| Atividades Significativas | 70,63 | 76,00 | 78,42 | 73,62 | 56,79 | 74,63 | 58,50 | 44,30 | 62,47 | 77,00 | 104,31 | 77,00 | 58,93 | 13,028 | 0,367 | |
| Relacionamentos | 80,50 | 52,90 | 72,38 | 67,19 | 44,25 | 63,19 | 51,83 | 70,90 | 50,00 | 55,56 | 117,25 | 75,50 | 89,00 | 30,758 | 0,002 | |
| Autonomia | 90,65 | 69,40 | 85,08 | 84,57 | 87,13 | 69,19 | 34,17 | 30,20 | 42,56 | 68,88 | 98,56 | 94,50 | 43,15 | 40,560 | 0,000 | |
| Satisfação com os Alimentos | 64,65 | 73,00 | 49,29 | 48,69 | 48,46 | 68,50 | 82,33 | 48,00 | 83,06 | 61,88 | 101,31 | 83,25 | 92,15 | 26,745 | 0,008 | |
| Bem-estar Espiritual | 59,55 | 49,10 | 80,71 | 45,46 | 66,46 | 70,00 | 73,83 | 58,10 | 77,94 | 94,94 | 75,69 | 24,50 | 87,05 | 22,334 | 0,034 | |
| Segurança | 77,70 | 53,85 | 52,00 | 77,15 | 50,54 | 66,44 | 21,00 | 62,40 | 74,65 | 59,38 | 69,31 | 124,00 | 90,60 | 22,859 | 0,029 | |
| Indivíduoalidade | 79,65 | 81,95 | 65,29 | 52,54 | 37,50 | 71,31 | 60,50 | 36,00 | 66,38 | 65,06 | 108,00 | 97,00 | 81,15 | 26,834 | 0,008 | |
| Qualidade de Vida (Global) | 85,45 | 75,80 | 79,00 | 73,65 | 60,00 | 64,44 | 35,83 | 18,80 | 55,03 | 57,06 | 111,88 | 104,50 | 64,28 | 29,097 | 0,004 | |

Em suma, e perante os resultados obtidos, podemos certamente afirmar que o Lar em que o idoso reside na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco condiciona fortemente a sua qualidade de vida, já que tem influencia em todos os seus domínios exceto no das atividades significativas.

- Relação entre o tipo de quarto e Qualidade de Vida

Procedendo à análise da relação entre estas variáveis, realizou-se um teste de Kruskal-Wallis sendo posteriormente elaborada a tabela 48.

Nesta podemos observar que os idosos que residem em quartos individuais apresentam ordenações médias superiores em termos de conforto, privacidade, relacionamentos, autonomia, segurança e individualidade, já os idosos que residem em quartos duplos apresentam índices mais elevados de competências funcionais, dignidade e atividades significativas. Por sua vez os que vivem em quartos triplos têm valores de ordenações médias mais elevados para satisfação com os alimentos e bem-estar espiritual, no entanto apresentam índices muito baixos no que toca ao conforto (53,59), competências funcionais (55,00), privacidade (38,01), dignidade (54,97), e autonomia (43,34), existindo para estes domínios diferenças estatisticamente significativas. O que nos leva a afirmar que o tipo de quarto em que o idoso vive condiciona a sua qualidade de vida na medida em que condiciona o seu conforto, as suas competências funcionais, privacidade, dignidade e autonomia.

Também foram obtidas diferenças estatisticamente significativas nos domínios da satisfação com os alimentos ($H=8,810$; $p=0,031$) e bem-estar espiritual ($H=6,929$; $p=0,031$), sendo neste caso os mais cotados, como vimos anteriormente, os idosos que coabitam em quartos triplos, assim também neste âmbito, o tipo de quarto condiciona a qualidade de vida dos idosos institucionalizados na SCMCB.

Notamos, também, que a qualidade de vida existente entre os idosos que residem em quarto individual é ligeiramente superior daqueles que residem em duplo (78,21 vs 73,27), mas bastante superior quando comparada com os que vivem em quartos triplos (54,80). Com base no resultado obtido ($H=7,179$; $p=0,028$) afirmamos existirem diferenças estatisticamente significativas, pelo que o tipo de quarto influencia a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Tabela 35: Teste de Kruskal-Wallis para o tipo de quarto e os domínios da qualidade de vida

| Variável | Tipo Quarto | | | Teste Kruskal-Wallis | |
|------------------------------------|--------------|-------------|--------------|----------------------|-------|
| | Indiv. OM | Duplo OM | Triplo OM | H | p |
| Qualidade de Vida | | | | | |
| Conforto | 76,79 | 74,62 | 53,59 | 8,153 | 0,017 |
| Competências Funcionais | 74,80 | 74,82 | 55,00 | 7,127 | 0,028 |
| Privacidade | 95,33 | 74,10 | 38,01 | 38,205 | 0,000 |
| Dignidade | 73,79 | 75,32 | 54,97 | 6,814 | 0,033 |
| Atividades Significativas | 71,27 | 71,98 | 63,36 | 1,208 | 0,547 |
| Relacionamentos | 71,08 | 68,59 | 69,77 | 0,090 | 0,956 |
| Autonomia | 82,20 | 77,57 | 43,34 | 22,186 | 0,000 |
| Satisfação com os Alimentos | 73,35 | 60,07 | 83,41 | 8,810 | 0,012 |
| Bem-estar Espiritual | 60,33 | 66,55 | 83,09 | 6,929 | 0,031 |
| Segurança | 74,08 | 65,03 | 73,64 | 1,701 | 0,427 |
| Individualidade | 74,94 | 66,00 | 71,08 | 1,211 | 0,546 |
| Qualidade de Vida (Global) | 78,21 | 73,27 | 54,80 | 7,179 | 0,028 |

2.2.3. Relação entre o tempo de institucionalização e a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB

De modo a verificar a relação existente entre o tempo de institucionalização e a QdV dos idosos em estudo, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis como evidencia a tabela 39.

Observando a tabela, verificamos que a qualidade de vida global é superior naqueles que se encontram na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco há 6 ou mais anos já que possuem ordenações médias superiores em relação com os outros grupos, bem como ao nível das competências funcionais, privacidade, dignidade, autonomia e individualidade.

É o grupo dos 3 a 7 meses de institucionalização que obtem scores mais elevados no que se refere à satisfação com os alimentos, bem-estar espiritual e segurança. Já os participantes com 1 a 5 anos de permanência apresentam scores mais elevados no conforto, atividades significativas e relacionamentos.

No entanto, face aos resultados obtidos sabemos não existirem diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de institucionalização e a qualidade de vida global dos idosos institucionalizados na SCMCB, bem como em todos os seus domínios.

Tabela 36: Teste Kruskal-Wallis para o tempo de institucionalização e os domínios da qualidade de vida

| Tempo Instituição | 3-7m | 1-5A | ≥6A | Teste Kruskal-Wallis | |
|------------------------------------|-------|-------|-------|----------------------|-------|
| Variável | OM | OM | OM | H | p |
| Qualidade de Vida | | | | | |
| Conforto | 64,19 | 71,55 | 68,02 | 0,496 | 0,780 |
| Competências Funcionais | 66,42 | 69,12 | 70,77 | 0,147 | 0,929 |
| Privacidade | 75,96 | 62,68 | 77,18 | 4,457 | 0,108 |
| Dignidade | 66,92 | 64,74 | 76,59 | 2,786 | 0,248 |
| Atividades Significativas | 64,81 | 71,54 | 67,88 | 0,458 | 0,248 |
| Relacionamentos | 52,08 | 71,53 | 71,01 | 2,786 | 0,248 |
| Autonomia | 67,96 | 62,99 | 78,72 | 4,795 | 0,091 |
| Satisfação com os Alimentos | 76,88 | 71,38 | 65,14 | 1,267 | 0,531 |
| Bem-estar Espiritual | 73,50 | 72,74 | 64,11 | 1,700 | 0,427 |
| Segurança | 76,54 | 72,36 | 63,89 | 1,841 | 0,398 |
| Individualidade | 55,69 | 67,32 | 75,85 | 3,157 | 0,206 |
| Qualidade de Vida (Global) | 67,46 | 68,17 | 71,80 | 0,289 | 0,866 |

2.2.4. Relação entre as razões para a institucionalização e a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB

Para averiguar a relação entre as variáveis procedemos à realização do teste Kruskal-Wallis.

Com base nos resultados obtidos, observamos que os idosos que entraram na SCMCB por outra razão para além de sua vontade ou condição de saúde apresentam índices mais elevados em todos os domínios com exceção da satisfação com os alimentos e bem-estar espiritual, sendo o grupo dos participantes que entraram por vontade própria e os que entraram por condição de saúde, respetivamente, a apresentar valores mais elevados.

Também ao olhar os dados constantes na tabela 40, notamos que é junto dos idosos que deram entrada na SCMCB por outra razão, não sendo vontade própria ou condição de saúde, onde encontramos melhor qualidade de vida já que apresentam valores mais elevados de ordenações médias (101,79). Em segundo lugar residem aqueles que deram entrada por vontade própria (74,02), seguidos por aqueles que se viram obrigados à institucionalização por condição de saúde (61,44).

Pelos resultados obtidos no teste, podemos concluir que existem significâncias estatísticas entre os domínios das competências funcionais ($H=8,679$; $p=0,013$), as atividades significativas ($H=14,142$; $p=0,001$), a autonomia ($H=8,564$; $p=0,014$) e a qualidade de vida global ($H=8,052$; $p=0,018$), com as razões para a institucionalização.

Logo, podemos afirmar que as razões para a institucionalização têm influencia nas competências funcionais, nas atividades significativas e na autonomia dos idosos institucionalizados na SCMCB, assim como na sua QdV global.

Tabela 37: Teste Kruskal-Wallis para as razões para a institucionalização e os domínios da qualidade de vida

| Porquê Institucionalização. Variável | Vontade Própria | Condição Saúde | Outra | Teste Kruskal-Wallis | |
|---|-----------------|----------------|--------|----------------------|-------|
| | OM | OM | OM | H | p |
| Qualidade de Vida | | | | | |
| Conforto | 71,45 | 64,06 | 101,64 | 5,947 | 0,051 |
| Competências Funcionais | 75,45 | 60,48 | 97,07 | 8,679 | 0,013 |
| Privacidade | 71,60 | 65,01 | 91,43 | 3,156 | 0,206 |
| Dignidade | 70,14 | 65,92 | 96,71 | 3,843 | 0,146 |
| Atividades Significativas | 79,57 | 56,48 | 95,43 | 14,142 | 0,001 |
| Relacionamentos | 69,11 | 68,89 | 78,79 | 0,407 | 0,816 |
| Autonomia | 75,49 | 60,34 | 98,07 | 8,564 | 0,014 |
| Satisfação com os Alimentos | 70,83 | 68,35 | 67,71 | 0,145 | 0,930 |
| Bem-estar Espiritual | 68,70 | 71,81 | 55,64 | 1,177 | 0,555 |
| Segurança | 69,64 | 67,28 | 88,71 | 1,842 | 0,398 |
| Individualidade | 71,73 | 65,29 | 87,57 | 2,397 | 0,302 |
| Qualidade de Vida (Global) | 74,02 | 61,44 | 101,79 | 8,052 | 0,018 |

2.2.5. Relação entre a sensação de felicidade ao viver na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco e Qualidade de Vida

A fim de estudar a relação entre as variáveis, procedemos ao teste U de Mann-Whitney obtendo os resultados expostos na tabela 43.

Perante os resultados obtidos pela análise dos onze domínios e da felicidade dos utentes, podemos contemplar uma tendência natural para valores de ordenações médias mais elevados para os idosos felizes, bem como para a qualidade de vida global.

O teste confirma a existência de significâncias estatísticas em todos os domínios excetuando-se as competências funcionais, a privacidade, a autonomia e a individualidade. Também a relação entre a qualidade de vida global e a felicidade dos participantes relacionada com a institucionalização demonstrou diferenças estatísticas altamente significativas ($Z=-3,237$; $p=0,001$).

Em suma, podemos expor que a felicidade dos idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco condiciona a sua qualidade de vida, na medida que influencia o seu conforto, a sua dignidade, as suas atividades significativas, os seus relacionamentos, a satisfação com os alimentos, o seu bem-estar espiritual e o seu sentimento de segurança.

Tabela 38: Teste U de Mann Whitney para a felicidade e os domínios da qualidade de vida

| Variável | Felicidade | | Teste U Mann-Whitney | |
|--------------------------------|------------|-----------|----------------------|-------|
| | Sim OM | Não OM | Z | p |
| Qualidade de Vida | | | | |
| Conforto | 75,04 | 49,57 | -3,103 | 0,002 |
| Competências Funcionais | 71,31 | 63,00 | -1,042 | 0,297 |
| Privacidade | 72,86 | 57,42 | -1,886 | 0,059 |
| Dignidade | 73,73 | 57,42 | -2,375 | 0,018 |
| Atividades Significativas | 74,79 | 50,45 | -2,963 | 0,003 |
| Relacionamentos | 74,49 | 50,45 | -2,808 | 0,005 |
| Autonomia | 72,72 | 57,92 | -1,804 | 0,071 |
| Satisfação com os Alimentos | 73,86 | 53,82 | -2,463 | 0,014 |
| Bem-estar Espiritual | 73,05 | 56,72 | -2,063 | 0,039 |
| Segurança | 74,59 | 51,18 | -2,856 | 0,004 |
| Individualidade | 72,55 | 58,52 | -1,716 | 0,086 |
| Qualidade de Vida (Global) | 75,31 | 48,60 | -3,237 | 0,001 |

2.2.6. Relação entre o estado de independência e Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCM CB

Realizou-se um teste de Kruskal-Wallis para avaliar a relação entre as variáveis obtendo-se a tabela 49.

Através das ordenações médias podemos observar que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados na SCM CB, quer no fator global quer nos seus domínios, diminui em função do aumento da dependência, ou seja os idosos independentes têm ordenações médias superiores aos idosos com dependência ligeira a moderada, que por sua vez têm superior às dos idosos com dependência severa a total, apenas se excluindo desta regra o domínio da satisfação com os alimentos, sendo os participantes com dependência ligeira a moderada a apresentar valores mais elevados (73,54), seguindo-se os com dependência severa a total (65,56) e os independentes (65,20).

No que concerne ao resultado do teste, aferimos que existem significâncias estatísticas na relação entre as competências funcionais, privacidade, dignidade, atividades significativas, autonomia, individualidade e qualidade de vida global, e o estado de independência. Assim, podemos concluir que os idosos com níveis de dependência mais elevados possuem pior qualidade de vida, na medida que a dependência em maior grau condiciona esses domínios dos idosos institucionalizados na SCM CB.

Tabela 39: Teste de Kruskal-Wallis para o estado de independência e os domínios da qualidade de vida

| Estado Independência. Variável | Indep. | Lig-Mod | Sev-Tot | Teste Kruskal-Wallis | |
|------------------------------------|--------|---------|---------|----------------------|-------|
| | OM | OM | OM | H | p |
| Qualidade de Vida | | | | | |
| Conforto | 78,77 | 68,16 | 58,89 | 4,228 | 0,121 |
| Competências Funcionais | 101,73 | 69,10 | 21,59 | 70,118 | 0,000 |
| Privacidade | 90,32 | 65,85 | 47,35 | 20,293 | 0,000 |
| Dignidade | 86,09 | 66,63 | 51,76 | 12,936 | 0,002 |
| Atividades Significativas | 98,49 | 69,69 | 25,00 | 55,489 | 0,000 |
| Relacionamentos | 78,15 | 69,37 | 56,70 | 4,778 | 0,092 |
| Autonomia | 104,99 | 63,66 | 30,76 | 59,800 | 0,000 |
| Satisfação com os Alimentos | 65,20 | 73,54 | 65,56 | 1,495 | 0,474 |
| Bem-estar Espiritual | 75,32 | 68,79 | 62,50 | 1,865 | 0,394 |
| Segurança | 76,52 | 67,43 | 64,20 | 1,954 | 0,376 |
| Individualidade | 85,68 | 64,94 | 56,76 | 10,557 | 0,005 |
| Qualidade de Vida (Global) | 97,27 | 68,24 | 30,61 | 45,411 | 0,000 |

2.2.7. Relação entre o estado afetivo e Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB

Executamos um teste U de Mann-Whitney a fim de conhecer a relação entre as variáveis em estudo, sendo posteriormente elaborada a tabela 51.

Podemos observar que para todos os onze domínios e para a qualidade de vida global, são os idosos sem estado afetivo de depressão, aqueles que apresentam valores de ordenações médias mais elevados, existindo diferenças estatisticamente significativas para todos eles com exceção do domínio da privacidade ($H=-1,722$; $p=0,085$).

Com base na análise da tabela e nos resultados obtidos podemos afirmar que os idosos institucionalizados na SCMCB com estado afetivo de depressão têm pior qualidade de vida, já que a depressão condiciona negativamente o conforto, as competências funcionais, a dignidade, as atividades significativas, os relacionamentos, a autonomia, a satisfação com os alimentos, o bem-estar espiritual, a segurança, a individualidade e a qualidade de vida global dos idosos.

Tabela 40: Teste U de Mann Whitney para o estado afetivo e os domínios da qualidade de vida

| Estado Afetivo Variável | Sem Depressão | Com Depressão | Teste U Mann-Whitney | |
|--------------------------------|---------------|---------------|----------------------|-------|
| | OM | OM | Z | p |
| Qualidade de Vida | | | | |
| Conforto | 83,60 | 54,11 | -4,352 | 0,000 |
| Competências Funcionais | 79,24 | 58,88 | -3,093 | 0,002 |
| Privacidade | 75,07 | 63,42 | -1,722 | 0,085 |
| Dignidade | 79,50 | 58,59 | -3,093 | 0,002 |
| Atividades Significativas | 84,84 | 52,77 | -4,729 | 0,000 |
| Relacionamentos | 79,43 | 57,67 | -3,078 | 0,002 |
| Autonomia | 78,81 | 59,35 | -2,871 | 0,004 |
| Satisfação com os Alimentos | 76,69 | 61,65 | -2,239 | 0,025 |
| Bem-estar Espiritual | 82,52 | 55,30 | -4,163 | 0,000 |
| Segurança | 81,45 | 56,46 | -3,693 | 0,000 |
| Individualidade | 76,26 | 62,13 | -2,092 | 0,036 |
| Qualidade de Vida (Global) | 84,87 | 52,73 | -4,717 | 0,000 |

2.2.8. Relação entre a funcionalidade familiar e Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB

A fim de estudar esta relação, foi realizado o teste U de Mann Whitney sendo posteriormente expostos os resultados na tabela 53.

Olhando os resultados obtidos, podemos observar que as ordenações médias são sempre mais elevadas nos idosos que se inserem em famílias funcionais quando comparados com as disfuncionais.

Analisando o resultado do teste, aferimos que existem significâncias estatísticas para os domínios da privacidade, dignidade, relacionamentos, segurança e qualidade de vida global em relação com a funcionalidade familiar.

Assim, podemos concluir que realmente os idosos institucionalizados na SCMCB que se inserem em famílias disfuncionais apresentam pior QdV dado a disfuncionalidade familiar contribuir largamente para índices mais baixos em termos de privacidade, dignidade, relacionamentos e segurança.

Tabela 41: Teste U de Mann Whitney para a funcionalidade familiar e os domínios da qualidade de vida

| Funcionalidade Familiar Variável | Funcional | Disfuncional | Teste U Mann-Whitney | |
|-------------------------------------|-----------|--------------|----------------------|-------|
| | OM | OM | Z | p |
| Qualidade de Vida | | | | |
| Conforto | 73,72 | 61,84 | -1,680 | 0,093 |
| Competências Funcionais | 70,76 | 67,21 | -0,516 | 0,606 |
| Privacidade | 77,06 | 55,78 | -3,015 | 0,003 |
| Dignidade | 77,15 | 55,60 | -3,054 | 0,002 |
| Atividades Significativas | 73,91 | 61,47 | -1,754 | 0,079 |
| Relacionamentos | 76,89 | 56,08 | -2,955 | 0,003 |
| Autonomia | 74,40 | 60,59 | -1,953 | 0,051 |
| Satisfação com os Alimentos | 71,96 | 65,03 | -0,988 | 0,323 |
| Bem-estar Espiritual | 71,80 | 65,32 | -0,950 | 0,342 |
| Segurança | 75,68 | 58,28 | -2,464 | 0,014 |
| Individualidade | 70,92 | 66,93 | -0,566 | 0,572 |
| Qualidade de Vida (Global) | 76,60 | 56,61 | -2,810 | 0,005 |

3.Discussão

O presente capítulo contém a discussão metodológica e a discussão dos resultados, a qual é feita tendo em conta as questões de investigação e os objetivos inicialmente delineados.

3.1.Discussão Metodológica

Foi nossa preocupação desde o início da concetualização do estudo desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso. A metodologia usada foi a que pareceu ser a mais correta para facilitar e tornar possível a realização deste estudo. Os procedimentos metodológicos utilizados no presente estudo foram ao encontro dos objetivos traçados, estando igualmente concordantes com as características da amostra. No entanto, durante a elaboração desta investigação confrontamo-nos com algumas dificuldades metodológicas, tais como.

Sendo este um estudo descritivo e correlacional elaborou-se um instrumento de colheita de dados que fosse de encontro àquilo que pretendíamos estudar face à população escolhida e às varáveis a relacionar, como tal, houve a necessidade de entrevistar pessoa a pessoa todos os elementos da nossa amostra o que levou uma média de 45 minutos por pessoa, o que corresponde a uma necessidade tremenda em termos de tempo útil e dedicado a este estudo no que concerne à colheita de dados. Assim, apesar de termos consciência e orgulho que ao nos dedicarmos desta forma pudemos chegar mais longe no íntimo dos idosos entrevistados, sabemos que uma colheita de dados mais sucinta e objetiva poderia ter reduzido o tempo necessário ao estudo bem como facilitar organizacionalmente a vida de quem, em horário pós laboral põe em prática este tipo de investigação.

Ao realizarmos as entrevistas imiscuídos no ambiente normal de funcionamento de um lar de idosos, muitas vezes deparamo-nos com a falta de um espaço apropriado, silencioso e cem por cento privado para a aplicação do questionário, o que pôde condicionar a forma como o idoso se sentia à vontade para responder à questão, ou mesmo, aumentar as pausas entre questões, o que certamente se repercutia no aumento do tempo necessário à sua conclusão. No entanto, foi sempre nossa prática, independentemente do tempo que pudesse levar, proporcionar todas as condições para

que o idoso pudesse responder de uma forma sincera, verdadeira e consciente a todas as questões.

O facto de ser transversal, aponta para algumas vantagens e desvantagens metodológicas. Considera-se vantajoso o facto de ser um estudo mais breve e metodologicamente menos complexo, no entanto, as desvantagens prendem-se com o aspeto da avaliação ficar centrada no momento da recolha de dados, ou seja, na perceção retrospectiva, não havendo um seguimento da problemática em estudo, o que poderia ser conseguido através da realização de um estudo longitudinal.

Considera-se também uma limitação metodológica, o facto de os participantes terem sido recrutados segundo um processo de amostragem não probabilística por conveniência, o que pode trazer alguns vieses nos resultados. Geralmente essa conveniência representa uma maior facilidade operacional e baixo custo de amostragem, porém tem como consequência a incapacidade de fazer afirmações gerais com rigor estatístico sobre a população. Mesmo assim, considera-se o uso da amostra por conveniência apropriado, o que pode traduzir-se em resultados fiáveis.

O instrumento de recolha de dados, um questionário *ad-hoc*, considera-se adequado ao estudo, dado que foi elaborado tendo em conta as hipóteses de investigação e respetivos objetivos.

Apesar das limitações apresentadas e algumas dificuldades inerentes, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido, o qual facultou um conhecimento mais concreto sobre a qualidade de vida do idoso institucionalizado na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco tendo as variáveis estudadas.

3.2. Discussão dos Resultados

A Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados em Lares é a principal variável em estudo. Como tal, optámos por, previamente proceder ao seu enquadramento de modo a melhor compreender e discutir a sua relação com as variáveis independentes.

Para analisar a Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Brancos e como esta é influenciada, colocámos uma questão

central e formulámos cinco questões de investigação, as quais iremos seguidamente analisar.

Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados na SCMCB

Relativamente à questão central de investigação, constatamos que foram obtidos valores médios para a amostra de $157,67 \pm 22,2$ pontos, num possível máximo de 216, que nos leva a concluir que, para a escala utilizada, a maioria dos idosos entrevistados atribuiu um valor mediano para a sua qualidade de vida ao residirem na instituição, sendo os domínios melhor avaliados o bem-estar espiritual com uma média de $14,45 \pm 1,90$ pontos, num máximo de 16, a dignidade com $16,5 \pm 2,72$ pontos em 20 possíveis, e a segurança com $16,1 \pm 2,64$ pontos num máximo de 20. Em contrapartida, os domínios pior avaliados foram as atividades significativas com uma média de $14,36 \pm 3,81$ pontos para um máximo de 24, a individualidade com $15,96 \pm 3,18$ pontos em 24 possíveis e o conforto com $16,63 \pm 3,09$ pontos num máximo de 24.

Para uma boa classificação do bem-estar espiritual foi responsável a religiosidade da maioria dos idosos de hoje, em que a fé cristã está incluída em todas as vivências e em toda a razão do ser. A Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco proporciona aos seus utentes a celebração de uma missa semanal, assim como outras atividades de índole religiosa como a “reza” do terço que ocorre pelo menos duas vezes por semana. São também celebradas todas as datas com relevo religioso ao longo do ano e onde todos os utentes podem participar.

De facto, de acordo com os autores Monteiro (2004), Paúl, Fonseca, Martín & Amado (2005) e Ermel (2012), citado por Caramelo (2014), a religiosidade e a espiritualidade têm uma dimensão central na vida de um grande número de idosos, pois constituem uma fonte importante de suporte emocional, em que as práticas religiosas podem contribuir para a saúde física e mental e para o bem-estar na velhice.

Relativamente à dignidade, e tendo em conta aquilo ao que os entrevistados tiveram de responder neste domínio, concluímos ser bastante valorizado pelo facto de existir proximidade entre os funcionários da instituição e os utentes, estabelecendo-se uma relação empática, muitas vezes perto de uma relação familiar que proporciona sentimentos de aceitação, conforto e dignidade no seio da vivência na instituição. Foi fortemente valorizado por todos os idosos que compõem a amostra, os sentimentos de

respeito, boa educação, atenção ao cuidado e disponibilidade em todas as formas de intervenção do cuidado assistencial aos utentes da SCMCB.

Neste campo, a instituição em causa, possui equipas com largos anos de experiencia nos cuidados aos idosos, que se distribuem pelos diversos lares que constituem a Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco, promovendo o profissionalismo, assim como o facto de as equipas permanecerem nos mesmos locais por longos anos torna o ambiente institucional o mais familiar possível visto as relações se tornarem mais próximas devido a anos de interação e convívio.

Por fim a segurança, e olhando para o que foi abordado neste constructo, observamos que os idosos valorizaram bastante o facto de sentirem que os seus pertences estão seguros, que num momento de necessidade terão ajuda e apoio por parte dos profissionais da SCMCB, incluída, claro está, a equipa de saúde, bem como nunca terem sentido medo neles próprios, ou noutros, pela forma como foram tratados.

Na SCMCB podemos contar com uma equipa de enfermagem presente nas 24 horas, 365 dias por ano, o que transmite aos seus utentes um sentimento de apoio e segurança para tudo o que possa acontecer no dia-a-dia da instituição. Também a equipe clínica se encontra frequentemente presente junto da população, prestando apoio médico sempre que necessário, contando com quatro médicos distintos que são responsáveis, cada um, por sua área institucional. Igualmente, a existência de uma equipa de seguranças, que controla todas as entradas e saídas da instituição, contribui para um sentimento de segurança.

Ressalva-se que, apesar de em pequeno número, houve idosos que afirmaram ter ocorrido o desaparecimento de alguns dos seus pertences, como dinheiro ou joias, a sua roupa ter-se estragado ou mesmo desaparecido aquando dos cuidados de lavandaria, ou mesmo afirmaram, já terem sentido medo por eles próprios, ou por outros na medida em que foram tratados.

No que concerne aos pior avaliados e relativamente às atividades significativas, observamos que os idosos pontuaram com valores mais baixos este domínio visto acharem que não podem sair do lar quando querem, muitas vezes relacionado com o seu estado de (in)dependência pelo que as equipas da SCMCB limitam as saídas não acompanhadas por profissionais, por forma a diminuir o risco de acontecimento de acidentes. Também neste âmbito, todos eles, frisaram que durante o fim-de-semana,

para além das atividades religiosas, que normalmente não duram mais de uma hora, não existem outras, o que torna sábado e domingo nos dias mais deprimidos, monótonos e enfadonhos. Houve também um número considerável de idosos que afirmou que os dias custam muito a passar, o que podemos relacionar com, provavelmente, a falta de mais atividades que estimulem o idoso ao longo do tempo.

Num artigo publicado em 2018 no *Journal of Clinical Nursing* por Caspari, S. e colaboradores, estes também afirmaram que os idosos sentiram que a dependência da ajuda era um fardo extra e uma barreira em termos da sua liberdade, que a sua falta de autonomia e atitude paternalista da equipe eram um obstáculo e uma razão para não se sentirem livres e, apesar de terem liberdade no interior da instituição, não possuíam liberdade exterior para realizar seus desejos ou necessidades.

Quanto à individualidade, domínio também mal pontuado pelos utentes da SCMCB que constituem a nossa amostra, sabemos que estes afirmaram que nem sempre os funcionários da instituição conhecem os gostos individuais e a personalidade de cada utente, nem se interessam pelo seu passado, o que muitas vezes se deve à dimensão da instituição com um número elevado de residentes, bem como rácios bastantes elevados no que concerne ao número de auxiliares de ação direta e utentes, levando à despersonalização dos cuidados. Também relativamente aos outros profissionais que constituem a orgânica da SCMCB, o seu número será certamente insuficiente para que haja um sentimento perante o utente que toda a sua individualidade está exposta e é tida em consideração.

Finalmente o conforto, segundo este domínio e o que avalia, muitos idosos afirmaram sentir frio no lar, isto deve-se ao facto de muitas das infraestruturas que formam a SCMCB já se encontrarem envelhecidas, deterioradas e a necessitar de intervenção, condicionando assim o isolamento térmico e proporcionando um ambiente por vezes muito frio ou muito quente aos seus utentes que fruto da idade já possuem alterações consideráveis na sua termorregulação. No entanto, sentimos, que apesar desta condicionante, os profissionais da instituição tinham em atenção o que já foi exposto, proporcionando aos utentes cobertores, radiadores, e ar condicionado sempre que se justificasse. Foi também frisado o facto de muitas vezes existir barulho suficiente, quer nas salas de convívio quer nos quartos, para se tornar incomodativo o que está relacionado com salas de convívio de grandes dimensões que acomodam inúmeros utentes o que, indubitavelmente, condiciona um aumento exponencial do barulho

existente. Nos quartos, na sua maioria duplos e triplos, irá sempre existir, fruto da convivência com outros, algo que cause desconforto ou que saia fora do controlo do próprio utente como sendo o barulho causado pelo seu colega.

Relação entre as variáveis sociodemográficas e a Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados na SCMCB

Para uma análise mais objetiva e eficaz das variáveis sociodemográficas, estas foram analisadas individualmente segundo os seus constituintes. No presente estudo constatou-se que apenas as razões para a institucionalização influenciam a qualidade de vida dos idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco, nenhuma das outras variáveis sociodemográficas demonstrou ter influência.

Sexo

A nossa amostra é constituída por 138 idosos sendo na sua maioria mulheres (65%), o que demonstra forte tendência feminina e uma relação muito próxima de duas mulheres para cada homem.

Pelo que foi referido na fase do enquadramento teórico, compreendemos que o envelhecimento da população obedece a determinadas características, nomeadamente quanto ao facto de se verificar uma feminização da velhice. Vários estudos efetuados, quer a nível internacional (Nazareth, 1988; CCE, 1999; Wong e Moreira, 2000; Kinsella e Velkoff, 2001; Rosa, Seabra & Santos 2003; Mota, Pinto, Sá, Marques, & Ribeiro, 2004; Giddens, 2004; Eliopoulos, 2005; DESA, 2001; CCE, 2005; Silva, 2008; OMS, 2009; European Commission, 2012; DESA, 2013), quer a nível nacional (Lucas, Pacheco, 1999; Sousa, Figueiredo & Galante, 2003; Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005; Neri, 2007; Carrilho & Patrício, 2009; Carrilho & Patrício, 2010; Carrilho & Patrício, 2013), apontam nesse sentido.

Este facto decorre de uma maior longevidade do sexo feminino e, segundo dados referentes a 2009 (Carrilho & Patrício, 2010), o índice de longevidade, aumentou de 42,0% em 2001 para 46,8% em 2009, sendo de facto mais significativo no género feminino (44,6% em 2001, valor que sobe para 49,6% em 2009).

Assim sendo, não constitui, de forma alguma, uma surpresa a predominância de pessoas idosas do género feminino uma vez que esse aspeto reflete, de certo modo, os resultados gerais observados em relação a este grupo etário.

Ao relacionarmos o sexo com a qualidade de vida obtivemos um resultado que confirma não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,673$), apesar de os homens apresentarem ordenações médias superiores às das mulheres relativamente à variável em estudo (71,47 vs 68,45), no entanto este facto está em consonância com outros estudos tais como Caramelo (2014), Ramos (2009), Almeida (2008), Almeida e Rodrigues (2008), Martins (2004), estudos realizados em outras regiões de Portugal, e Paschoal (2006) que apontam o facto de as mulheres terem tendência a possuir pior QdV, por serem mais velhas, mais doentes, mais pobres e isoladas.

Idade

Tendo em conta que os idosos podem ser subdivididos, quando considerado o fator idade, e recorrendo à classificação mais usual que subdivide a população idosa em três categorias, «idoso jovem» - 65 a 74 anos; «idoso velho» - 75 a 84 anos e «idoso mais velho» - 85 anos e mais, verificamos que a maior percentagem da nossa amostra se situa no grupo do «idoso mais velho» com 68,8% das 138 pessoas idosas inquiridas.

Relacionando a idade com a QdV, obtivemos dados que confirmam não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,994$), obtendo inclusive, os três grupos, ordenações médias muito próximas, sendo a mais elevada no grupo maioritário dos idosos mais velhos.

Também no estudo realizado por Caramelo (2014) não existiram diferenças na qualidade de vida entre os grupos etários, contrariamente nos estudos de Almeida (2008), Almeida e Rodrigues (2008), e Martins (2004), verificou-se que à medida que a idade avança, o índice de QdV diminui, existindo diferenças estatisticamente significativas para a amostra. Se refletirmos que, com o avançar da idade, existe uma maior probabilidade de surgirem mais problemas de saúde, maior dependência na realização das AVD, mais isolamento e solidão, facilmente se entende a existência da relação supracitada.

De referir ainda que, dados da Pordata (2014) revelaram que a Beira Interior Sul em 2012 demonstrou ser uma sub-região com um dos maiores índices de envelhecimento, apresentando 238,3 idosos por 100 jovens, valor bastante superior ao de Portugal, o qual atingiu no mesmo ano um índice de envelhecimento de 131 (Delgado & Wall, 2014).

Estado Civil

A viuvez e a solidão a ela associada, integram para alguns autores como Paúl (2005); Levenson (2001) e Wilmoth (2002), uma das causas prováveis para a institucionalização. Não sendo surpreendente, também 76,1% dos nossos idosos em estudo, encontra-se viúvo.

Quando confrontamos a relação entre a QdV da Pessoa Idosa institucionalizada em Lar e o estado civil, chegamos à conclusão que as ordenações médias dos idosos que não têm companheiro (solteiros, viúvos ou divorciados) são superiores que as dos casados, nomeadamente 70,38 para 63,26, no entanto tais diferenças não são estatisticamente significativas.

Estes resultados são opostos aos verificados no estudos de Almeida (2008), Almeida e Rodrigues (2008), Martins (2004), já que corroboram a ideia de que a morte do conjugue ou do parceiro pode alterar significativamente a vida do idosos, condicionando a sua qualidade de vida.

Habilitações Literárias

O nível de iliteracia é aludido como sendo um dos problemas mais graves da nossa população idosa portuguesa. Paúl, Fonseca, Martín & Amado (2005) quantificaram em 12% os portugueses que não atingiram qualquer nível de ensino, de entre os quais a maioria mulheres, agravando-se os resultados em relação aos idosos (45%), sendo a maioria mulheres (69%). Recentemente, os dados referidos pelo INE (1999; 2002, 2013) e dos autores (Carrilho & Patrício, 2010), constataam que 55,1% das pessoas idosas pertenciam ao ISCED 0, ou seja pessoas que não sabem ler nem escrever, enquanto 37,0% encontravam-se no ISCED 1, educação primária.

Os dados obtidos no nosso estudo são ligeiramente diferentes já que as pessoas que não possuem habilitações, que inclui as analfabetas, as que sabem ler e escrever mas não frequentaram a escola, e as que foram à escola mas não concluíram qualquer ano, estão em igual percentagem com as que concluíram o ensino básico (do 4º ao 9º ano), nomeadamente 47,1%.

Já relativamente ao nível de instrução comparando o sexo masculino e o feminino, o nosso estudo vai de encontro à normalidade, ao apresenta valores mais elevados de instrução nos homens, sendo de 62,5% para os que possuem algum nível de habilitação, contrariamente as mulheres apenas de 47,7%.

Apesar da população nascida nas décadas de 20, 30 e 40 especialmente nas zonas rurais, quase não ter tido acesso à escolaridade, uma vez que o ensino era restrito a segmentos sociais específicos (Silva, 2009), aos quais a grande maioria das pessoas idosas atuais não pertencia, cedo começavam a trabalhar nos campos, ou na pesca, tendo desempenhado trabalhos fisicamente desgastantes, o que justifica o pouco acesso a escolas. Porém, segundo o INE e de acordo com o último Censo de 2011, em Portugal, o nível de instrução atingido pela população em Portugal progrediu de forma muito expressiva na última década. Relativamente ao Censo de 2001, observamos um recuo da população com níveis de instrução mais reduzidos, designadamente até ao ensino básico, e um aumento dos níveis de qualificação superiores.

Analisando a relação existente entre as habilitações literárias e a qualidade de vida observamos que o grupo que possui do 4º ao 9º ano possui uma ordenação média superior em termos de QdV que os que possuem o ensino secundário ou superior e os que não possuem qualquer habilitação, no entanto as diferenças não são estatisticamente significativas.

Caramelo (2014) obteve diferenças estatisticamente significativas, afirmando mesmo que a qualidade de vida dos idosos aumentava à medida que as suas habilitações também aumentavam pois, segundo o mesmo, citando Lawton (1983) a QdV do idoso pode depender de um tipo de competência, a que este chama de comportamental, e que depende, em parte, do seu potencial, das suas experiências, dos valores adquiridos ao longo da sua existência, bem como do seu desenvolvimento pessoal.

Contrariamente, no nosso estudo foi mesmo o grupo dos idosos com o ensino secundário ou superior que obteve ordenações médias inferiores em termos de QdV, este achado pode dever-se muitas vezes à falta de um grupo de pares intelectualmente semelhante com o qual as pessoas se possam identificar, interagir e estimular-se mutuamente, já que são uma minoria perante toda a amostra (5,8%).

Relação entre as variáveis socio-espaciais e a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB.

Lar da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco em que residem

A SCMCB é uma instituição de referência da zona centro portuguesa contando com centenas de anos de experiência nos cuidados aos mais necessitados. Esta conta

com diversos lares para residência permanente de idosos, que se distribuem por toda a cidade de Castelo Branco, e que possuem características, equipas e formas de trabalhar distintas podendo influenciar as vivências e a percepção de QdV por parte dos seus idosos.

Num total de quatro lares, Adriano Godinho, Santo António, Sede, que engloba dez pavilhões, e o João Carlos Abrunhosa a SCM CB tem a seu cargo 368 utentes em regime de lar, não contabilizando os que frequentam os Centros de Dia.

Segundo os dados obtidos da análise desta variável, concluímos que os lares que possuíam ordenações médias para a QdV superiores eram o Pavilhão J e o Pavilhão I da Sede e o Adriano Godinho, com respetivamente 111,88; 104,50; e 85,45. Estes resultados poderão estar relacionados com o tipo de idosos que aqui reside, as condições da infraestrutura bem como a proximidade das auxiliares de ação direta com os utentes.

O pavilhão J insere-se na área da Sede da SCM CB, no entanto um pouco distante de toda a sua orgânica, ao se situar no meio da “quinta” e sendo muito semelhante a uma casa de habitação normal. Aqui os idosos são tendencialmente mais autónomos, residem em quartos individuais ou duplos e o seu número não supera os 20, o que torna o trabalho das auxiliares o mais individualizado e personalizado possível. Também o facto de se situar na quinta torna a sua envolvência bastante plana, com um ambiente bastante semelhante àquele que tinham nas suas casas, na sua maioria, o que convida aos passeios e proporciona uma mais elevada sensação de liberdade. Este lar assemelha-se, no seu ambiente interno, o mais possível a uma residência familiar o que poderá aumentar a sensação de conforto segurança e pertença, aumentando os índices de QdV.

No que concerne ao Pavilhão I, este é o mais recente, mais atualizado e com melhores condições de todos eles. Foi construído por vontade e financiamento de uma utente, que já não se encontra entre nós infelizmente, por forma a criar melhores condições de vivência para os seus pares. Apesar de ter sido concluído ainda durante a sua vida, ela nunca quis deixar o local onde estava noutro pavilhão, possibilitando que outros utentes pudessem gozar de tal obra.

Aqui o número de utentes ainda é mais reduzido, contando apenas com oito, e sendo todos os quartos individuais, com sala e casa de banho privativas o que influencia positivamente o sentimento de privacidade, conforto e dignidade e individualidade.

Também aqui as condições com que vivem os idosos são muito semelhantes às que tinham em casa ou mesmo melhores, contam sempre com uma auxiliar e apesar de mais perto do centro orgânico da sede, não se encontra suficientemente perto para ser condicionado por barulhos vindos do trabalho diário da instituição.

Por fim, o lar Adriano Godinho, por muitos, conhecido como o lar dos mais abastados. Este situa-se no centro da cidade e conta com 38 utentes, na sua maioria independentes, ou que para aqui assim entraram e, fruto do envelhecimento, se foi degradando o seu estado global. Existem quartos individuais ou duplos, todos eles com casa de banho privativa, diversas salas de convívio, leitura, costura e de diversas atividades. Um café para convívio, uma sala de jogos e de informática, enfim uma diversidade de possibilidades para entreter o dia-a-dia de quem aqui vive. O facto de se situar no centro da cidade proporciona aos seus utentes a possibilidade de se manterem o mais ativos possível, na medida em que podem ir às compras, relacionar-se com pessoas que residam na cidade com as quais já tinham relação, ou menos usufruir de atividades culturais e recreativas que tantas vezes se realizam perto da instituição.

Também aqui o rácio profissional-utente não é muito alto, o que ajuda na personalização dos cuidados o que melhora o sentimento de individualidade do idoso.

Na perspetiva negativa dos dados colhidos, encontram-se aqueles que tiverem ordenações médias para a qualidade de vida mais baixas, nomeadamente o Pavilhão F nos seus três constituintes, 3ºPiso (18,80), 2ºPiso (35,83) e 4ºPiso (55,03).

Estes valores poderão ser justificados com base no facto de o Pavilhão F, ser o maior pavilhão da SCM CB e, logisticamente, serem aqui colocados os utentes que possuem maiores necessidades em termos de cuidados e na satisfação das suas AVD's, já que é o que se encontra mais próximo ao gabinete de saúde e a todas as outras valências da Sede. Assim, e como vimos na relação do estado de independência e a QdV, níveis mais elevados de dependência condicionam menores índices de qualidade de vida.

Também o facto de este ser o centro operacional de toda a SCM CB, aqui diariamente entram e saem dezenas de pessoas, correm de um lado e para o outro num corrupio desenfreado de gentes, o que proporciona ao residente uma sensação de desconforto na medida que a sua privacidade é violada, o seu conforto condicionado, por exemplo pela abertura constante das portas deixando entrar frio ou calor, e mesmo o

constante barulho que impossibilita ao idoso um ambiente de descanso e repouso, bem como prejudica toda e qualquer conversa que estes possam ter.

Analisando então a relação existente entre o lar em que o idoso reside na SCMCB e a Qualidade de vida, obtivemos resultados que nos indicam existirem diferenças estatísticas bastante significativas, pelo que, então afirmamos que o lar condiciona a qualidade de vida do idoso institucionalizado.

Nenhum outro estudo foi realizado na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco, onde fosse equacionada a Qualidade de vida em função dos Lares, pelo que não foram possíveis comparações.

Um estudo de Thomas e colaboradores em 2018, acerca da avaliação acústica dos lares de idosos, onde avaliaram o barulho produzido pelo dia-a-dia de cinco instituições de residência permanente para idosos, afirmou que o ruído avaliado era suficientemente perturbador ao ponto de causar desconforto ao utente, pelo que uma abordagem multidisciplinar da infraestrutura dos lares deveria ser equacionada.

Também num estudo de Kok, Nielen & Scherder (2018) em que acompanharam 145 idosos que residiam em lares de grandes dimensões, e dos quais metade (77) foi realojada em lares de pequenas dimensões, confirmou que aqueles que foram realojados apresentaram níveis de ansiedade mais baixos o que por sua vez, teve uma influência bastante positiva na sua qualidade de vida global.

Tipo de Quarto

Como já abordado anteriormente, a SCMCB disponibiliza aos seus utentes três tipos de quartos, individual, duplo e triplo. Segundo esta variável, a nossa amostra encontra-se distribuída na sua maioria em quartos duplos (49,3%), secundados pelos triplos (26,8%), e por fim os individuais (23,9%).

A análise desta variável e de como esta influência a qualidade de vida, deveu-se à percepção de que o idoso ao residir sozinho apresentará melhores índices de privacidade, conforto, autonomia e segurança podendo desta forma acarretar uma melhor QdV percebida por este. No entanto, sabemos também que ter um companheiro de quarto poderá melhorar, quando a relação é positiva, os índices de relacionamento, e de entajuda podendo também desta forma influenciar o sentimento de segurança, de pertença e reduzindo o isolamento social.

Assim, perante os resultados obtidos, concluímos que os idosos que residem em quartos individuais, realmente, apresentam ordenações médias para a QdV superiores aos que residem em quarto duplos e bastante superiores daqueles que estão em quartos triplos, respetivamente, 78,21; 72,27; e 54,80.

Pelo recurso ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, obtivemos resultados que nos indicam que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,028$), pelo que podemos afirmar que o tipo de quarto onde o idoso reside na SCMCB influencia a sua qualidade de Vida.

Também este campo carece de mais estudos para melhor perceção da problemática em análise por forma a inquirir qual a melhor tipologia para o idoso. No entanto Kok, J. (2018) corrobora esta informação ao afirmar que idosos que residam em quartos individuais apresentam melhor qualidade de vida que aqueles que residem em quartos com dois ou mais companheiros.

Relação entre o tempo de institucionalização e a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB

Relativamente à nossa amostra, a maioria encontra-se a viver na Santa Casa da Misericórdia por um período entre 1 a 5 anos (52,2%) seguindo-se os que já superam esta marca, com 6 ou mais anos (38,4%).

Também num estudo realizado por Peres (2014, pag.47), os idosos que compunham a sua amostra encontravam-se institucionalizados há mais de 4 anos (50%), 28,6% entre 2 a 4 anos e 21,4% há menos de 2 anos.

Segundo o INE (2007, citado por Neto & Corte-Real, 2013), em 2004 existiam 56 535 pessoas idosas institucionalizadas em 1517 lares de terceira idade legais, representando 3.2% das pessoas idosas. Estes dados vão de encontro aos resultados por nós obtidos.

Este aumento no tempo de institucionalização pode demonstrar que cada vez mais os lares residenciais para a terceira idade representam uma solução viável para muitas famílias que perante, sobretudo, quadros abruptos de transição, se vêem obrigadas à institucionalização dos seus entes por falta de meios para uma assistência e um cuidar de qualidade. Também os próprios idosos, ao sentirem-se um estorvo e um peso para a família, por se verem sós pela perda do companheiro(a) ou mesmo dos seus pares, e

pela necessidade de segurança e conforto, cada vez mais cedo procuram uma residência de longa permanência para habitar o que aumenta em larga escala o tempo de permanência nas instituições.

Relação entre as razões para a institucionalização e a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCM CB

O momento da institucionalização num estabelecimento residencial para idosos é um momento marcante na vida da pessoa, onde esta experiencia diversos sentimentos e emoções. As razões para tal podem ser múltiplas, no entanto salientam-se a vontade própria e a condição de saúde. Os resultados do nosso estudo demonstraram que a maioria dos idosos inquiridos encontrava-se na SCM CB por vontade própria (47,8%), seguindo-se aqueles que por condição de saúde se viram obrigados a esta opção (47,1%) e por fim a minoria (5,1%) por outras razões, por exemplo socioeconómicas ou familiares.

Num estudo realizado por Ferreira (2016) com 58 idosos institucionalizados, também a maioria foi admitido numa ERPI por sua própria iniciativa (43,1%). Em contrapartida, no estudo realizado por Solano (2017), a maioria dos idosos (37%) atribuiu a razão da admissão no lar à solidão, seguindo-se muito perto aqueles que vieram por vontade própria (32%).

Identicamente no estudo de Cruz (2014) a maioria dos inquiridos indicou que não entrou na instituição por livre vontade (60%), sendo que destes, 72% posteriormente se conformaram e se revêm nessa decisão enquanto 29% continuam na instituição contrariados.

Relacionando esta variável com a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, obtivemos resultados que apontam para diferenças estatisticamente significativas ($p=0,018$) pelo que, o porquê da institucionalização tem influência na QdV. Também após da análise dos resultados, observamos que aqueles que deram entrada na instituição por outra razão, apresentam ordenações médias superiores aos restantes (101,79), no entanto são uma minoria. Em segundo plano, encontram-se aqueles que vieram para a SCM CB por vontade própria (74,02), o que fará sentido na medida que, se o idoso deu entrada numa instituição residencial para a terceira idade por sua vontade, todo o processo de adaptação à nova realidade estará facilitado face à motivação da pessoa, o que eleva fortemente os níveis de QdV, contrariamente aqueles

que entraram por condição de saúde, vêem-se muitas vezes obrigados a esta opção, o que por si só é condicionante de desmotivação, depressão e baixos níveis de resiliência o que implica negativamente a QdV.

Relação entre a sensação de felicidade ao viver na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco e Qualidade de Vida

A felicidade sentida ao longo da vivência numa instituição residencial de longa permanência é um forte indicador da percepção de qualidade de vida por parte do idoso, na medida que se o idoso é feliz, então todos, ou a grande maioria, dos domínios que constituem a QdV está satisfeito. Desta forma, foi colocada uma questão dicotómica simples a todos os inquiridos antes de proceder à avaliação de qualquer constructo relacionado com a vivência na instituição, obtendo resultados bastante positivos sendo que a maioria (78,3%) afirmou ser feliz.

Em consonância com os dados obtidos, também Figueiredo (2016) afirma que 37,8% dos idosos da amostra está muito satisfeito com a vida a residir numa instituição de residência para idosos, 27,8% está moderadamente satisfeito e 34,4% está insatisfeito.

O valor preditivo da felicidade relativamente à qualidade de vida foi provado pelo teste não-paramétrico utilizado ($z=-3,237$; $p=0,001$) demonstrando diferenças estatísticas altamente significativas o que corrobora o que foi exposto.

Relação entre o estado de independência e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados na SCMCB

Ao analisarmos a nossa amostra relativamente ao seu estado de independência, obtivemos resultados que comprovam que a maioria dos idosos inquiridos (38,4%) apresenta dependência moderada, seguindo-se os independentes (29,7%), os com dependência severa (17,4%), os com dependência ligeira (12,3%), e por fim os que apresentam dependência total (2,2%), ou seja, 70,3% dos idosos inquiridos apresentavam algum nível de dependência, sendo que 50,7% apresenta dependência ligeira a moderada e 19,6% severa a total.

Carvalho & Dias (2011) refere que 40,1% dos idosos são autónomos e parcialmente dependentes e que 59,9% são dependentes ou muito dependentes, o que de certa forma vai de encontro aos resultados por nós obtidos neste estudo.

Já num estudo de Ferreira (2016) foram obtidos resultados quanto ao nível de dependência, evidenciando que a maioria da amostra era independente (57,8%), secundados pelos que eram ligeiramente dependentes (26,7%) e com apenas 4,3% os totalmente dependentes.

Estudos revelam que a institucionalização do idoso leva a um aumento da perda de funcionalidade tornando-o mais dependente. Santos e Andrade (2005, citado em Medeiros, 2012) consideram que à medida que aumenta o tempo de internamento aumenta a debilidade do idoso. Existem estudiosos que recomendam a institucionalização do idoso em situações de dependência total com impossibilidade de recuperação ou em situações de isolamento (Neves, 2012). No seu estudo, Cobo (2014) avaliou o índice e Barthel em dois momentos, 20 dias após a admissão e 12 meses após a admissão, verificando que na segunda avaliação, na atividade: mobilidade, a percentagem de 21% dos idosos que necessitavam de ajuda aumentou para 73,7% passando os idosos de totalmente independentes a necessitarem de ajuda. De facto, viver no seu meio, proporciona ao idoso a manutenção da sua autonomia e independência, no entanto será da responsabilidade das equipas multidisciplinares que compõem os quadros dos lares a encetar intervenções com vista à melhoria ou pelo menos manutenção do estado de independência dos idosos.

Procedendo à análise da relação do estado de independência com a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, através do teste estatístico utilizado foram obtidos valores que indicam existirem diferenças estatísticas altamente significativas ($\chi^2=45,411;p=0,000$), portanto partindo desta análise podemos afirmar que à medida de o nível de dependência aumenta, diminui a qualidade de vida dos idosos. Também olhando para as ordenações médias obtidas para cada grupo, observamos que os idosos independentes apresentam valores consideravelmente mais elevados em termos que QdV (97,27) que os idosos com dependência ligeira a moderada (68,24), e por sua vez superiores aos que possuem dependência severa a total (30,61).

Os nossos resultados encontram-se em consonância com os obtidos por Caramelo (2014), Almeida (2008), Martins (2004) e com a opinião de alguns autores, nomeadamente de Ramos (2009), na medida que todos eles obtiveram diferenças

estatisticamente significativas, afirmando que quanto maior é o índice de QdV, maior é a independência da pessoa idosa, e vice-versa

Relação entre o estado afetivo e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados na SCMCB

Avaliando os nossos idosos em termos do seu estado afetivo, podemos notar que a maioria destes não se encontra deprimido (52,2%), no entanto 36,2% apresenta depressão ligeira e 11,6% depressão grave.

Também Pramesona & Taneepanichskul (2018), e Chuang, Kao, Lee & Chang (2018), em estudo semelhantes, apresentaram resultados em que a maioria da população inquirida nos lares não apresentava depressão, nomeadamente percentagens entre 42 e 47,3%, no entanto a atenção teria de recair necessariamente sobre aqueles que apresentam algum deterioramento do seu estado afetivo tomando medidas e iniciando intervenções com vista ao seu controlo e reversão sempre que possível.

Chuang, Kao, Lee & Chang (2018) inclusive afirma, que sendo os enfermeiros os profissionais mais próximos e que sobre os quais os idosos têm mais confiança, então serão eles o melhores percursos da mudança e incentivadores de ações que possam melhorar o sentimento de si consigo próprio e com o meio que o rodeia, dos idosos deprimidos.

Relacionando o estado afetivo com a qualidade de vida obtivemos resultados que demonstram ordenações médias diferentes entre os grupos em estudo, sendo que os idosos que não apresentam depressão apresentam um valor de OM igual a 84,87 consideravelmente superior daquele que foi obtido para os idosos com depressão, nomeadamente 52,73. Pelo resultado obtido através do teste não paramétrico de U de Mann-Whitney ($z=-4,717$; $p=0,000$), concluímos existirem diferenças estatísticas altamente significativas, o que nos leva a afirmar que à medida que os níveis de depressão geriátrica aumentam, diminui exponencialmente a qualidade de vida do idoso.

Também os estudos referidos anteriormente de Pramesona & Taneepanichskul (2018), e Chuang, Kao, Lee & Chang (2018), tal como o estudo de Rosa (2012), Berg, Hoffman, Hassing, McClearn, & Johansson (2009) e Beekman e colaboradores (2002) afirmaram existir a mesma relação entre a depressão geriátrica e a qualidade de vida.

Relação entre a funcionalidade familiar e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados na SCM CB

A funcionalidade familiar tem sido destacada como um fator causador de efeitos intensos na satisfação geral da vida, por isso aplicámos a escala de Apgar familiar, que tem por objetivo avaliar a funcionalidade familiar percebida pelos inquiridos.

Martins, Santos e Andrade (2015) assumem que não existem modos de funcionamento familiar corretos ou errados, existem sim formas de funcionalidade distintas que derivam da conjugação de três aspetos: as crenças e valores da família, os padrões de interação familiar e as competências da família

Examinando os resultados obtidos, observamos que a maioria dos idosos apresenta famílias funcionais (64,5%) e em contrapartida 35,5% apresenta famílias disfuncionais.

Também Figueiredo (2016) apresentou valores de funcionalidade familiar mais elevados em detrimento da disfuncionalidade, numa relação de 82,2% para os idosos que referiram apresentar famílias funcionais, e 17,8% para aqueles que contrariamente afirmaram possuir famílias disfuncionais.

Objetivando, por fim, como se relaciona a funcionalidade familiar e a qualidade de vida observamos que as ordenações médias em termos de qualidade de vida são superiores nos idosos que apresentam famílias funcionais (76,60>56,61) quando comparadas com o grupo que apresenta disfuncionalidade familiar. Também obtivemos diferenças estatísticas bastante significativas ($p=0,005$), o que nos leva a afirmar que a qualidade de vida do idoso institucionalizado aumenta sempre que a sua funcionalidade familiar também aumente.

Tal como no nosso estudo, também Caramelo (2014) e Figueiredo (2016) apresentaram resultados que confirmavam a influência positiva da funcionalidade familiar sobre a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

4. Conclusão

Surge o momento de traduzirmos para este espaço uma reflexão final sobre os aspetos que envolveram o desenvolvimento desta investigação, realçarmos os resultados obtidos que consideramos mais pertinentes e abordarmos algumas implicações práticas deles decorrentes.

Com vista ao processo de melhoria contínua da qualidade assistencial ao idoso institucionalizado em estabelecimentos residenciais, torna-se fulcral uma avaliação da qualidade de vida com que os utentes vivem nestas instituições e como esta pode ser influenciada, positiva ou negativamente, por condicionantes da própria pessoa ou mesmo do meio em que esta se insere para assim poderem ser levadas a cabo intervenções resolutivas ou preventivas no sentido de assegurar os mais altos padrões de qualidade. Para levar a cabo este estudo, e visto este se desenrolar na cidade de Castelo Branco, foi escolhida a ERPI mais representativa de toda a região e que conta com a maior população de idosos na Beira Baixa, a Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco.

Este estudo permitiu-nos, então, melhor compreender os fatores que condicionam a QdV dos idosos institucionalizados na SCMCB. Para o efeito investigamos as características sociodemográficas, socio-espaciais, tempo e razões da institucionalização, sensação de felicidade, estado de independência e afetivo, e funcionalidade familiar dos idosos. Foi sempre nossa preocupação ao longo do desenvolvimento do estudo, responder à questão central de investigação bem como às questões de investigação formuladas:

Com que Qualidade de Vida vivem os idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco?

- Que variáveis sociodemográficas e socio-espaciais influenciam a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB?
- Qual o efeito do tempo e das razões da institucionalização no Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB?
- Qual o estado de felicidade, independência, afetivo e familiar dos idosos institucionalizados na SCMCB?

- Qual a influência da felicidade na Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB?
- Como os níveis de dependência influenciam a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB?
- Em que medida o estado afetivo pode influenciar a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB?
- De que forma a funcionalidade familiar condiciona a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados na SCMCB?

Para este estudo, recorreremos a uma amostra não probabilística por conveniência de 138 idosos. O perfil que extraímos revela-nos um idoso do sexo feminino, com idade igual ou superior a 85 anos, viúvo, sem habilitações literárias, institucionalizado por um período entre 1 a 5 anos, por vontade própria, residente na sede e em quarto duplo.

Após análise e discussão dos dados recolhidos sobressaem as seguintes evidências:

Os idosos apresentam valores medianos de qualidade de vida ao residirem na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco ($157,67 \pm 22,2$ pontos, num possível máximo de 216 pontos).

Os domínios melhor avaliados foram o bem-estar espiritual, a dignidade e a segurança, e aqueles que obtiveram scores mais baixos, as atividades significativas a individualidade, e o conforto.

A maioria dos idosos é feliz a viver na SCMCB (78,3%).

Os idosos com dependência moderada são os mais representativos (38,4%), seguindo-se os independentes (29,7%), os com dependência severa (17,4%), os com dependência ligeira (12,3%) e os totalmente dependentes (2,2%).

Em maior número, os idosos não apresentam depressão (52,2%), sendo que os idosos com depressão ligeira (36,2%) superam o que apresentam depressão grave (11,6%).

As famílias funcionais representam 64,5% enquanto as disfuncionais 35,5% dos idosos institucionalizados.

O sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias e o tempo de institucionalização não demonstraram influenciar a qualidade de vida do idoso.

O porquê da institucionalização foi a única variável sociodemográfica a influenciar a qualidade de vida.

O idoso ao viver feliz na SCMCB demonstrou melhorar a sua qualidade de vida.

O lar da SCMCB bem como o tipo de quarto em que o idoso reside influenciam a sua QdV.

Níveis mais elevados de dependência, presença de depressão e existência de uma família disfuncional evidenciaram índices de qualidade de vida mais baixos nos idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco.

Concluído o estudo e enfatizados os aspetos mais relevantes, ficámos a saber que algumas das variáveis independentes cursam com níveis mais altos ou mais baixo na qualidade de vida de idosos institucionalizados. E, de acordo com a bibliografia referenciada ao longo do trabalho, podemos afirmar que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados requer a preocupação e análises periódicas por parte das equipas multidisciplinares com vista aos mais altos níveis de qualidade. Deve ser tida em consideração a funcionalidade familiar, promovendo e estimulando a relação entre o idoso e sua família no seio da instituição e junto dos seus profissionais; medidas de intervenção poderão ser encetadas visando a prevenção ou controle de quadros depressivos, por exemplo através da promoção de eventos lúdicos de recreio, de momentos de estímulo de relacionamentos interpessoais e promoção de um ambiente em que o idoso se sinta útil e peça ativa no dia-a-dia da instituição; tal como a dependência demonstrou ser capaz de influenciar negativamente a QdV, logo será deveras importante a realização de atividades diárias para estimulação motora e neuromuscular, assim como devem ser evitados paternalismos na assistência ao idoso, deixando-o, sempre que possível, cuidar de si e do seu espaço promovendo a sua autonomia.

Admitimos que apesar do nosso esforço no sentido de expor, clara e corretamente, todos os elementos necessários para a compreensão e explicação desta problemática, existem resultados do nosso estudo, sem confrontação com outros estudos dada a sua inexistência no âmbito das variáveis por nós estudadas.

Para terminar iremos fazer referência às implicações práticas do estudo.

1. Para melhor conhecer esta realidade será importante desenvolver investigação que apresente um desenho longitudinal, permitindo compreender de que forma a

qualidade de vida do idoso e as variáveis que a influenciam, se comportam num espaço temporal definido.

2. Sugere-se a replicação deste estudo para uma amostra maior, utilizando uma comparação da qualidade de vida entre idosos institucionalizados em instituições público-privadas e privadas, face à sua pertinência.

3. É importante acentuar a necessidade de que futuras investigações analisem outras variáveis que, eventualmente, contribuam para um melhor conhecimento de outros fatores que possam estar associados à melhor qualidade de vida destes idosos, para que, assim, seja possível intervir mais consistentemente, com o propósito de promover o seu mais alto nível.

4. Como consideração final, e lançando um reto a todos os membros da mesa administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco, seria muito interessante que estudos como estes fossem realizados mais frequentemente e que os seus resultados fossem valorizados no sentido de criar melhores condições para os seus utentes e sobretudo priorizar aquilo que realmente os idosos a seu cargo valorizam.

Ao concluir um trabalho, surge a sensação de ver o esforço recompensado, por termos atingido os objetivos inicialmente propostos, algo que durante muito tempo pareceu tão distante e difícil de concretizar, por outro, surge a inquietação provocada pela tomada de consciência de que ainda há muito para esclarecer sobre a temática em estudo. Fica ainda, expressa a vontade de divulgar os resultados apurados nesta investigação na comunidade científica e, em particular, junto dos profissionais da SCMCB.

Referências Bibliográficas

- Aberg, A., Sidenvall, B., Hepworth, M., O'Reilly, K., & Lithell, H. (2005). On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age - A qualitative study of patients perceptions. *Quality of Life Research*, 14, 1111-1125.
- Abreu, W. (2011)– Prefácio. In saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Achterberg, W., Pot, A., Kerkstra, A., & Ribbe, M. (2006). Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (12), 1156-1162
- Agich, G. (2007). Reflections on the Function of Dignity in the Context of Caring for Old People, *Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 32:5, 483-494.
- Almeida, A. J. P. S. (2008). A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares, Aspetos e contextos da Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Almeida, A., Rodrigues, V. (2008). A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em Lares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (6).
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185- 199.
- Apóstolo, J., Figueiredo, M., Mendes, A., Rodrigues, M. (2008) - Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. Referência. Série 2, nº 2, p. 46.

- Araújo, F.; Ribeiro, J. L. P.; Oliveira, A.; Pinto, A. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-65.
- Araújo, M. O.P. & Ceolim, M. F. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm*, 41 (3), 378-85.
- Arnold, S. (1991). Measurement of quality of life in the frail elderly. In J. Birren, J. Lubben, J. Rowe & D. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (Vols. 50-73). San Diego, CA: Academic Press.
- Associação Médica Mundial. (2008, outubro). Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. Seul, Coreia do Sul.
- Azeredo, Z. & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 8(4), 199-204.
- Azeredo, Z. (2011) – Idoso como um todo. Viseu: Psicossoma.
- Bandeira, M. (2012). Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa: evolução e perspectivas. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Barroso, V. L., & Tapadinhas, A. R. (2006). Órfãos Geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento. Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Acedido a 15 de abril, 2018, de www.psicologia.com.pt
- Bayer, T., Tadd, W. & Krajcik, S. (2005). Dignity: The voice of older people, *Quality in Ageing and Older Adults*, 6 (1), 22-29.

- Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Beurs, E. D., Geerlings, S. W., & Tilburg, W. V. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(1), 20-27.
- Berg, I., Hoffman, L., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging and Mental Health*, 13(2), 191-201.
- Bergdahl, E., Allard, P., Alex, L., Lundman, B., & Gustafson, Y. (2007). Gender differences in depression among every old. *International Psychogeriatrics*, (19), 1125-1140.
- Bergh, I., Steen, G., Waern, M., Johansson, B., Odén, A., Sjöström, B., & Steen, B. (2003). Pain and its relation to cognitive function and depressive symptoms: a Swedish population study of 70-year-old men and women. *Journal of pain and symptom management*, 26(4), 903-912.
- Bookman, A. & Kimbrel, D. (2011). Families and Elder Care in the Twenty-First Century; Fall, 21 (2): 119-140.
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O. & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of quality of life in older age. *Aging & Mental Health*, 6(4), 355-371.
- Bridges, J., Flatley, M. & Meyer, J. (2010). Older people's and relatives' experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies* 47: 89– 107.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G. & Birren, J., Lubben, J., Rowe, J., & Deutchman, D. (2011). The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. Academic Press. San Diego. San Diego: Academic Press.

- Brown, M., Lapane, K., Luisi, A. (2002) - The management of depression in older nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 50, nº 1, p. 69–76.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Canavarro, M., Serra, A., Simões, M., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Quintais, L., Carona, C. & Paredes, T. (2009) – Development and Psychometric Properties of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL- 100) in Portugal. *Springer [Em linha]*. Vol. 16 (2009), p. 116-124. [Consult. Set. 2018]. Disponível na Internet:<URL:<<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12529-008-9024-2#page-1>>.>
- Cancela, G. (2007). *O processo de envelhecimento*. Porto: Portal dos psicólogos.
- Capezuti, E. & Hamers, J.P.H. (2013). Perspectives on how to improve the nursing care of older adults, *International Journal of Nursing Studies* 50, 1153 – 1155.
- Caramelo, A. (2014) - IV Curso do Doutoramento em Enfermagem Reichel. *Assistência ao idoso: aspetos clínicos do envelhecimento* (5ª ed., pp. 527-538). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*, Lisboa: Coisas de Ler Editora.
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2009). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 46, 59-108.
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2010). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 48, 59-108.

- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2013). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 50, 45-90.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/12.pdf>
- Caspari, S., Råholm, M., Sæteren, B., Rehnsfeldt, A., Lillestø, B., Lohne, V., Slettebø, A., Kari, A., Høy, B., Lindwall, L., Nåden, D. (2018). Tension between freedom and dependence – A challenge for residents who live in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 4119-4127.
- Cella, D., Michaelson, M., Bushmakin, A., Cappelleri, J., Charbonneau, C., Kim, S., *et al.* (2010). Health-related quality of life in patients with metastatic renal cell carcinoma treated with sunitinib vs interferon-alpha in a phase III trial: final results and geographical analysis. *British Journal of Cancer*, 102(4), 658-664.
- Chambers, R. (2006). Supporting self-care. In R. Chambers, G.Walkley & A. Blenkinsopp. *Supporting self-care in primary care*. Oxford: Radcliffe Publishing, 1-13.
- Chappell, N. (2001). Quality Long-Term Care: Perspectives From the Users of Home Care. In L. Noelker & Z. Harel (Eds.), *Linking Quality of Long Term Care and Quality of Life* (pp. 75-94). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Chaves, M. (2009). Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental. Biênio: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Chaves, M. G. D. (2015). Bem-estar subjetivo e percepção de suporte familiar em idosos institucionalizados (Dissertação de mestrado, Universidade de Évora). Acedido em <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/14539>

- Chochinov, H.M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L.J., McClement, S. & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet*; 360: 2026-30.
- Chou, K. L., & Chi, I. (2005). Prevalence and correlates of depression in Chinese oldest-old. *International journal of geriatric psychiatry*, 20(1), 41-50.
- Chuang, W., Kao, C., Lee, M., Chang, Y. (2018). Effectiveness of Story-Centred Care Intervention Program in older persons living in long-term care facilities: A randomized, longitudinal study. *PLOS ONE* 13(3): e0194178. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194178>
- Clissett, P., Porock, D., Harwood, R.H. & Gladman, J. R. F. (2013). Experiences of family carers of older people with mental health problems in the acute general hospital: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 69 (12), 2707–2716.
- Cobo, C.M.S. (2014). The influence of institutionalization on the perception of autonomy and quality of life in old people. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(6), 1013-1019. DOI: 10.1590/S0080-623420140000700008. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1013.pdf
- Collière, M.F. (1999). *Cuidar, A primeira arte da vida* (2ª ed). Loures: Lusociências
- Comissão das Comunidades Europeias. (1999). *Uma Europa para todas as idades: Promover a prosperidade e a solidariedade entre as gerações* (Comunicação da Comissão). Bruxelas: CCE.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro Verde “Uma nova solidariedade entre gerações face às mutações demográficas”*. Comunicação da Comissão. Bruxelas, CCE.

- Cooper, C., Blanchard, M., Selwood, A., Walker, Z. & Livingston, G. (2010) Family carers' distress and abusive behaviour: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 480 – 485.
- Correia, C. M. (2009). O apoio social e a qualidade de vida dos idosos do concelho de Faro. Dissertação de Mestrado na Universidade de Ciências Humans e Sociais do Algarve. Acedido em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/564/1/Carla%20-%20DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>.
- Costa, A.B.O. (2013). Bem-estar subjetivo: Validação das escalas PANAS e SWLS a uma amostra de idosos portugueses institucionalizados (Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga). Acedido em <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/318>
- Coutinho, C. P. (2011). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática. Coimbra: Almedina.
- Cruz, S. A. B. (2014). A dignidade em Lares de Idosos: Dissertação de Mestrado no Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6461>.
- Dale, B., Soderhamn, U. & Soderhamn, O. (2012). Life situation and identity among single older home-living people: A phenomenological hermeneutic study. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 7: 1-11.
- Delgado, A., & Wall, K. (2014). Famílias nos Censos 2011 - Diversidade e Mudança. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística e Imprensa de Ciências Sociais.
- Department Of Economic And Social Affairs Population Division (2001). World population ageing: 1950-2050. New York. United Nations.
- Department Of Economic And Social Affairs Population Division (2013). World population Prospects, the 2012 Revision. New York. United Nations.

- DGS. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa, 20.
- Diogo, M. J. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13, 395-399.
- Djärv, T., Metcalfe, C., Avery, K., Llargergren, P., & Blazeby, J. (2010). Prognostic value of changes in health-related quality of life scores during curative treatment for esophagogastric cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 28, 1666-1670.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (5), 372-87.
- Dozeman, E., Van Marwijk, H. W., Van Schaik, D. J., Stek, M. L., Van der Horst, H. E., Beekman, A. T., & Van Hout, H. P. (2010). High incidence of clinically relevant depressive symptoms in vulnerable persons of 75 years or older living in the community. *Aging & mental health*, 14(7), 828-833.
- Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem Gerontológica* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Eliopoulos, C. (2011). *Enfermagem gerontológica* (7ª ed). Porto Alegre: Artmed
- European Commission. (2012). The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060). *European Economy*, No 2/2012. Disponível: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf
- Fernandes, A.F.R. (2014). A auto-perceção do envelhecimento e o bem-estar psicológico. Dissertação de Mestrado na Universidade de Lisboa. Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/15403/1/ulfpie046663_tm.pdf

- Ferreira, M.F.A. (2016). Determinantes do Bem-Estar Subjectivo na Pessoa Idosa. Dissertação de Mestrado na Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3377/1/MarisaFilipaAfonsoFerreira%20DM.pdf>.
- Ferreira, D., & Yoshitome, A. (2010, dezembro). Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63, 991-997.
- Ferreira, O.G.L., Maciel, S.C., Silva, A.O., Sá, R.C.N., & Moreira, M.A.S.P. (2010). Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF*, 15(3), 357-364. Acedido em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401036083009>
- Figueiredo, A.S.S. (2016). Investimento na Vida Pessoal da Pessoa Idosa Institucionalizada. Dissertação de Mestrado na Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3343>.
- Fleck, M. [*et al.*] - A Avaliação de Qualidade de Vida : Guia para Profissionais da Saúde. Porto Alegre : Artmed, 2008.
- Fleck, M., Berlim, M., Lafer, B., Sougey, E., Porto & Hetem, L. (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 31 (Supl I), 7-17.
- Fleck, M., Leal, O. & Louzada, S. (1999) Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL -100). *Revista Brasileira de Psiquiatria* (Vol. 21, n.º 1).
- Fonseca, A.M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processo de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (p.95-106). Lisboa: Lidel.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Fortin, M.-F. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Franklin, LL., Ternestedt, B.M. & Nordenfelt L. (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nurs Ethics*, 13 (2): 130– 146.
- Freitas, M., & Scheicher, M. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. Giddens, A. (2004). *Sociologia* (4ª ed.). Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fries, A.T., & Pereira, D.C. (2011). Teorias do envelhecimento humano. *Revista Contexto Saúde*, 10 (20), 507-514. Acedido em <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/1571/1324>
- Frojdth, K., Hakansson, A., Karlsson, I., & Molarius, A. (2003). Deceased, disabled or depressed - a population-based 6-years follow-up study of elderly people with depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (38), 557-562.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério da Solidariedade Social. (2009a). Carta Social - Folha Informativa nº1.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009b). Carta Social - Folha Informativa nº2.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2007). Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos Relatório 2007. Lisboa.
- Gerritsen, D., Steverink, N., Ooms, M., Vet, H., & Ribbe, M. (2007). Measurement of overall quality of life in nursing homes through self-report: the role of cognitive impairment. *Quality of Life Research*, 16, 1029-1037.
- Gibson, B., Secker, B., Rolfec, D., Wagner F., Parke, B. & Mistry, B. (2012). Disability and dignity-enabling home environments, *Social Science & Medicine* 74, 211-219.

- Gouão, F. (2008) – A Misericórdia de Proença-a-Nova, Tecnodidáctica, Lisboa.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à População Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination (MMSE)”. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1.
- Hall, S., Longhurst, S. & Higginson, I. (2009). Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes, *Age and Ageing* 2009; 38: 411–416.
- Hall, S., Goddard, C., Opió, D., Speck, P. & Higginson, I. J (2011). Feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for older people in care homes: A phase II randomized controlled trial of a brief palliative care psychotherapy. *Palliative Medicine* 26 (5) 703 – 712.
- Hall, S, Dodd, R.H. & Higginson, I. J. (2013). Maintaining dignity for residents of care homes: A qualitative study of the views of care home staff, community nurses, residents and their families, *Geriatric Nursing* xx: 1-6.
- Hyer, L., Carpenter, B., Bishman, D., & Wu, W. (2005). Depression in Long-Term Care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12 (3), 280-299.
- Instituto Nacional de Estatística I.P. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística I.P. (2014, 28 de março). Destaque - Informação à Comunicação Social. Projeções de População Residente – 2012-2060, 1-18. Lisboa: INE.
- Institute of Medicine. (2001). *Improving the Quality of Long-Term Care*. Washington: National Academy Press.

- Instituto Nacional de Estatística I.P. (2011). Censos 2011 – Resultados Provisórios. [Internet] Lisboa: INE. Disponível: <http://censos.ine.pt/xportal/> (01/12/2018).
- Instituto Nacional de Estatística I.P. (2013). Estatísticas Demográficas 2011. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística I.P. (2013). Estatísticas Demográficas 2011. Destaque, 27 de Março 2013, 1-11.Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2003). As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. Revista de Estudos Demográficos nº34. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. Departamento de Estatísticas Censitárias e da População. (2002) – O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. Revista de Estudos Demográficos, 32, 185-208.
- Irigaray, T. Q., & Schneider, R. H. (2009). Dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 759-766.
- Irigaray, T., & Schneider, R. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria*, 29 (1), 19-27.
- Jones, A. & Aranda, K. (2009). Putting dignity first. *Community Practitioner*, 82 (2), 30-31.
- Kane, R. (2001). Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Close Together. *The Gerontologist*, 41(3), 293-304.
- Kane, R. (2003b). Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable Practice, Research, and Policy Agenda. *The Gerontologist*, 43, Special Issue II, 28-36.
- Kane, R., Bershadsky, B., Kane, R., Degenholtz, H., Liu, J., Giles, K. & Kling, C. (2004). Using Resident Reports of Quality of life to Distinguish Among Nursing Homes. *The Gerontologist* , 44, 624-632.

- Kane, R., Kane, R., Bershadsky, B., Degenholtz, H., Kling, K., Totten, A. & Jung, K. (2005). Proxy Sources for Information on Nursing Home Residents' Quality of Life. *Journal of Gerontology*, 60B(6), S318-S325.
- Kane, R., Kling, K., Bershadsky, B., Kane, R., Gilis, K., Degenholtz, H., Liu, J. & Cutler, L. (2003a). Quality of Life Measures for Nursing Home Residents. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A(3), 240-248.
- Kane, R., Rockwood, T., Hyer, K., Desjardins, K., Brassard, A., Gessert, C. & Kane, R. (2005). Rating Importance of Nursing Home Residents' Quality of Life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 2076-2082.
- Kinsella, K.; & Velkoff, V. A. (2001). *Aging World: 2001 (Séries P95/01-1)*. Washington: U.S. Census Bureau.
- Kok, J., Nielen, M. & Scherder, E. (2018, Fevereiro). Quality of Life in small-scaled homelike nursing homes: an 8 month controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16-38. Acedido em <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0853-7>.
- Ladeiras, D. (2011, 11 de Maio). DN Portugal. Retirado de Diário de Notícias: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1849352&page=-1
- Laureano, R. (2013). *Testes de hipóteses com o SPSS: O meu manual de consulta rápida (2ª ed. rev. e atualizada)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lawton, M. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J. Birren, J. Lubben, J. Rowe, & D. Deutchman, *The concept and measurement of quality of life*. New York: New Academic Press.
- Lawton, M. (2001). Quality of Care and Quality of Life in Dementia Care Units. In L. Noelker & Z. Harel (Eds.), *Linking Quality of Long Term Care and Quality of Life* (pp. 136-161). New York: Springer Publishing Company, Inc.

- Lawton, M. (2001). The physical environment of the person with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 5 (1), 56-64.
- Leite, V. M. M., Carvalho, E. D., Barreto, K. M. L., & Falcão, I. V. (2006). Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 6(1), 31-8.
- Lopes, A. ; Gonçalves, C. – Envelhecimento Ativo e Dinâmicas Sociais Contemporâneas. In Ribeiro, O. ; Paúl, M. - Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento. Porto : Lidel, 2012. Cap. 10.
- Lourenço, R. & Veras, R. (2006) – Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, V. 40, Nº 4, p.712-719.
- Lucas, J.C., Pacheco A. (1999) Avaliação da qualidade de vida e dependência funcional – idosos com 80 e mais anos – nascidos até 31/12/1998. *Revista Geriatria*. 12 (12): 17-20.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H.H., Brähler, E., Riedel-Heller, S.G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*; 39: 31– 38.
- Mailloux-Poirier, D. (1995). As teorias do envelhecimento. In Louise Berger, M.Éd., & Danielle Mailloux-Poirier, M.Sc.Inf. *Pessoas Idosas: Uma abordagem Global* (pp. 99-105). Lisboa: Lusodidacta
- Peres, M. (2014). Os Idosos Institucionalizados – Estudo de Algumas Variáveis. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social no Instituto Politécnico de Castelo Branco. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.11/2707>.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS (5ª ed.)*. Pero Pinheiro: ReportNumber.

- Marques C. S., Gerry C., Diniz F. & Ferreira A.L. (2012). Social Innovation: Determinants of the Demand for High-Quality Institutional Care by the Elderly, *Journal of Knowledge Management, Economics and Information Technology*; 2, 1-19.
- Martín, J., Neves, R., Pires, C., & Portugal, J. (2007). *Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade em Portugal_2006*. Porto: Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos.
- Martins, R. M. L. & Santos, A. C. A. (2008). Ser idoso hoje. *Millenium*, 35, 69-76.
- Martins, R. M. L. (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu*. Tese de Doutoramento não-publicada. Universidade de Extremadura. Badajoz.
- Martins, R. M. L. (2010, junho). Os idosos e as atividades de lazer. *Millenium*, 14 (38), 243-251. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium38/16.pdf>
- Martins, R., Santos, P., & Andrade, A. (2015). Satisfação com a vida em Idosos: Prevalência e Determinantes. *Gestão e Desenvolvimento*, 23, 107-123.
- Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*, 11(3), 439-453. Acedido em <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/3734/2616>
- Meleis, A., et al (2000). Experiencing Transactions: On Emerging Middle Range Theory, *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28. Chick, N.; Meleis, A.I., (1996). Transitions: a nursing concern. In Chinn, P. L. *Nursing research methodology* (pp.237-257) Rockeville: Aspen.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: redefinition of the nursing mission. *Outlook* 42 (6), 255-259.

- Meulenbroek, O. *et al.* (2010) Informed consent in dementia research. Legislation, theoretical concepts and how to assess capacity to consent. *European Geriatric Medicine*; 1: 58-63.
- Meyer, J. (2010). Promoting dignity, respect and compassionate care, *Journal of Research in Nursing*, 15(1): 69-73
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Portaria nº 67/2012 – Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para as Pessoas Idosas. *Diário da República*, 1ª Série (58), de 21 de Março de 2012, p. 1324-1329.
- Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa. A prática de cuidados como experiência formativa.* Loures: Lusociência.
- Mota, J. A., Pinto, M., Sá, J. V., Marques, V. S., & Ribeiro, J. F. (2004). *Estratégia Nacional para o Desenvolvimento Sustentável 2005-2015.* Recuperado em Dezembro, 2008, de http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/2D23430D-3202-4CC8-8DAC-30E508633158/0/ENDS_2004.pdf.
- Mueller, T. I., Kohn, R., Leventhal, N., Leon, A. C., Solomon, D., Coryell, W., *et al.* (2005). The cause of depression in elderly patients. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 1, 76 – 82.
- Nazareth, J. M. (1988). O envelhecimento demográfico. *Psicologia*, 6 (2), 135- 146.
- Neri, A. L. (org.) (2007). *Desenvolvimento e envelhecimento – perspectivas biológicas, psicológicas e sociais.* São Paulo, 3ª Edição, Papyrus.
- Neru, D. K., Lenardt, M. H., Betioli, S. E., Michel, T. & Willig, M. H. (2011). Indicadores de Depressão em idosos institucionalizados. *Cogitare Enferm*, 16 (3), 418-423.

- Neto, M., & Corte-Real, J. (2013, 4 de junho). A Pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social. Retirado de Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia: <http://www.spgg.com.pt/UserFiles/file/A%20pessoa%20idosa%20institucionalizada.pdf>
- Neves, H.M.F. (2012). Causas e consequências da institucionalização de idosos. Dissertação de Mestrado na Universidade da Beira Interior. Acedido em www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=964e6cee8a4d2466
- Nunes, S. – Novos Horizontes da Gerontologia: Promoção da Esperança / Sofia Nunes. Porto: Sofia Nunes, 2010.
- Oliveira, A. (2009). Bioestatística, epidemiologia e investigação: teoria e aplicação. Lisboa: Lidel.
- Oliveira, C.M. (2014). A identidade do idoso no processo de institucionalização: estudo exploratório (Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto). Acedido em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6630>
- Oliveira, J.H.B (2012). Psicologia do idoso: Temas complementares: Sexualidade, Espiritualidade, Educabilidade, Sociabilidade e Morte. (2ª ed.). Porto: LivPsic.
- Oliveira, K., Santos, A., Cruvinel, M. & Néri, A. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 351-359.
- Oliveira, J. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: LivPsic.
- Oliver, D. (2012). Transforming care for older people in hospital: physicians must embrace the challenge. *Clinical Medicine*; 12 (3): 230–34.
- Orem, D. E.; Taylor, S.G. & Renpenning, K.M. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. Boston: Mosby.

- Östlund, U., Brown, H. & Johnston, B. (2012). Dignity conserving care at end-of-life: A narrative review, *Eur J of Oncology Nursing* 16 353-367.
- Palarea, M. D. D., Pascual, B. M., & Francés, F. C. (2002). Trastornos afectivos en el anciano. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 12 (1), 19-25.
- Pardal, L., & Lopes, E. (2011). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.
- Paschoal, S. (2011) – Qualidade de Vida na Velhice. In Freitas, E. ; Py, L. - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 8ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011. Cap. 7.
- Paschoal, S. M. P. (2006). Qualidade de vida na velhice. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Patterson, B. (1995). The process of social support: adjusting to life in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 21 (4), 682-689.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, F. (2012). *Teoria e prática da gerontologia; um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psico & Soma.

- Pereira, S.R.M. (2003). Repercussões socio-sanitárias das fraturas do fémur sobre a sobrevivência e a capacidade funcional do idoso. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Phillips, C. (2001). Measuring and Assuring Quality Care in Nursing Homes. In L. Noelker & Z. Harel (Eds.), *Linking Quality of Long Term Care and Quality of Life*. New York: Springer Publishing .
- Pimentel, F. L. (2006). Qualidade de vida do doente oncológico. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Medicina apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Pino, A. C. S. (2003). La dependencia en el entorno institucional. *Geriátrika: Revista iberoamericana de geriatría y gerontología*, 19(9), 46-51.
- Pleschberger, S. (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view, *Age and Ageing*; 36: 197–202.
- Porcu, M., Scantamburlo, V. M., Albrecht, N. R., Silva, S. P., Vallim, F. L., Araújo, C. R., & Faiola, R. V. (2008). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum. Health Science*, 24, 713-717.
- Pordata. (2019). Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de Base de dados Portugal contemporâneo:
<https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>
- Pordata. (2019). Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de Base de dados Portugal contemporâneo:

<https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+depend%C3%AAncia+de+idosos-1929>

Pordata. (2019). Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de Base de dados Portugal contemporâneo:

<https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

Póvoa, V. (2010). Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos. Dissertação de Mestrado em Actividade Física para a Terceira Idade. Universidade de Aveiro.

Pramesona, B.A. & Taneepanichskul, S. (2018). Prevalence and Risk Factors of Depression Among Indonesian Elderly: A Nursing home-based cross-sectional study. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, volume 30, 22-27. Acedido em <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2018.04.004>

Ramos, M.A.M.B (2009). Perceção da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa. Tese de Mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Ribeiro, J. P. L.; Araújo F.; Oliveira, A.; Pinto, C. (2008). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não-institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.

Ribeiro, T. [et al.] (2011) - Qualidade de Vida: do conceito à tomada de decisão ética. In saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2011.

Rodrigues, A.M.A.M. (2015). Dependência no Autocuidado dos Idosos Residentes em Lar. Dissertação de Mestrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/3203>.

Rosa, M. J. V. (2012). O envelhecimento da Sociedade Portuguesa. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Rosa, M. J. V., Seabra, H., & Santos, T. (2003). Contributo dos “Imigrantes” na demografia portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira. Lisboa. Alto comissariado para a imigração e minorias étnicas [On-line]. Disponível: <http://www.oi.acime.pt> (26/02/12).
- Rucan, P. L., Hategan, M., Barbat, C., & Alexiu, M. T. (2010). The emergence of depression in the elderly. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 4966-4971. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 3, 395-401.
- Santos, P.F.C. (2000). A depressão no idoso; estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações da depressão. Coimbra: Quarteto Editora.
- Schwanke, C., Carli, G., Gomes, I., & Lindôso, Z. (2012). Atualizações em Geriatria e Gerontologia IV: Aspectos Demográficos, Biopsicossociais e Clínicos do Envelhecimento. Porto Alegre: Edipucrs.
- Seixas, E. J. C. N. (2013). A satisfação com a vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados (Dissertação de mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa).
Acedido em http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/861/1/mgs_eunice_seixas_dissertacao.pdf
- Sequeira, C (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sidani, S. & Braden, C.J. (2011). Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions. Canadá: Wiley-Blakwell.
- Silva, C.B.D.C.A. (2008). Qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de saúde da família no Rio Grande/RS [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande.

- Silva, J. V. (2009). *Saúde do Idoso: Processo de Envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo: Látria.
- Silva, S. A. M. (2014). *Autonomia e Integração Social dos Idosos que vivem em Lar.*(Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Instituto Superior de Serviço Social do Porto). Acedido em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6312/1/Sara%20Andreia%20Monteiro%2020Silva.pdf>
- Slone, L.B., Norris, F.H., Murphy, A.D., Baker, C.K., Perilla, J.L., Díaz, D., Gutiérrez Rodríguez, F. & Gutiérrez Rodríguez, J.J. (2006). Epidemiology of major depression in 4 cities in Mexico. *Depression and Anxiety*, 23 (3), 158-16.
- Núcleo de Investigação em Geriatria (2016). *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Acedido em Fevereiro de 2018. https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/GERMI_36.pdf
- Soeiro, M. d. (2010). *Envelhecimento Português, Desafios Contemporâneos - Políticas e Programas Sociais*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família. Os Cuidados Familiares na Velhice*. Lisboa: Ambar.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Galante, H. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.
- Subramanyam, V. (2011). Physical Activity and Functional Competence in *Indian Journal of Gerontology*, 25, 143-149.
- Tadd, W. (2006). Dignity and older Europeans. In: J Gunning & S Holm (Eds) *Ethics, Law and Society* (pag.73-92). London: Ashgate.

- Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de vida em idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção.* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia- Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Lisboa.
- Welford, C., Murphy, K., Casey, D. & Wallace, M. (2010), A Concept Analysis of Autonomy for Older People in Residential Care. *Journal of Clinical Nursing*. 19: 1226– 1235.
- WHO. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework.* Madrid: World Health Organization
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Wilmoth, J. (2002). Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. *Sociologias*, 7, 136-155.
- Wong, L. R., & Moreira, M. M. (2000). Envelhecimento e desenvolvimento Humano: as transformações demográficas anunciadas na América Latina (1950-2050). In: VI Reunião Nacional de Investigación Demográfica en México. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp. 147-153). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

ANEXOS

**ANEXO I - Autorização para uso da Escala de Qualidade de Vida para
Utentes de Lares de Idosos**

Pedido de autorização e esclarecimento para uso escala



Caixa de entrada x Tese de Mestrado x



João Antunes <joao.fernandes.antunes@gmail.com>
para vanessapova ▾

segunda, 29/01/2018, 16:57 ☆ ↶ ⋮

Muito Boa tarde caríssima D^a Vanessa Pova,

Eu chamo-me João Manuel Fernandes Antunes e sou Enfermeiro no hospital Amato Lusitano de Castelo Branco. Encontro-me neste momento a realizar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

Nº de aluno: 4771;

Pretendo realizar, no meu trabalho final de Mestrado, uma investigação na área da Qualidade de Vida do idoso institucionalizado relacionando esta variável com outros domínios da vida do idoso.

Para tal necessitaria da sua autorização para o uso da escala que validou para a população portuguesa, nomeadamente, "Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos", bem como a formas de pontuação e uso da mesma:

Grato pela atenção disponibilizada. aguardo atenciosamente pela sua resposta,

Saudosos Cumprimentos,

João Antunes



Vanessa Póvoa <vanessapova@ua.pt>
para eu ▾

30/01/2018, 11:01 ☆ ↶ ⋮

Bom dia Enf^o João Antunes,

Dou-lhe os parabéns pelo tema escolhido. É de facto importante o estudo desta população em ambiente institucional para assim podermos melhorar a sua qualidade de vida.

Concedo-lhe desta forma a autorização para a utilização das escalas, utilizando os devidos créditos.

Estou ao dispor para qualquer questão.

Votos de um bom trabalho.

Atentamente,

Vanessa O. Póvoa

Gerontóloga

ANEXO II – Instrumento de Recolha de Dados



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Área Científica: Enfermagem Médico-Cirúrgica

Investigador: João Antunes

Responsável pela investigação: Prof. Doutor João Duarte

Curso: VI Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

INSTRUMENTO DE COLHEITA DA DADOS

**QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO
INSTITUCIONALIZADO EM LAR NA CIDADE DE
CASTELO BRANCO**

Viseu, Fevereiro de 2018



QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO EM LAR NA CIDADE DE CASTELO BRANCO

Nota de Esclarecimento

- O estudo tem como objetivo principal estudar a Qualidade de Vida da pessoa idosa institucionalizada, em contexto de lar, na cidade de Castelo Branco,;
- Vimos desta forma solicitar a sua colaboração e autorização para participar neste estudo;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda com sinceridade de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão utilizadas apenas pela equipa que realiza o estudo, em consonância com o objetivo da presente investigação;
- Será garantida a confidencialidade dos dados, pelo que não será necessário o seu nome na resposta a este questionário.

Obrigado pela sua colaboração,

A Equipa de Investigação

João Antunes

Prof. Doutor João Duarte

Secção A- Caracterização Sociodemográfica

1.Sexo: ₁Masculino ___ ₂Feminino ___

2.Idade: _____

3.Estado Civil: ₁Casado ___ ₂Viúvo ___ ₃Solteiro ___ ₄Divorciado ___ ₅Outro _____

4. Habilitações Literárias:

| | |
|--|--|
| ₁ Não sabe ler nem escrever | |
| ₂ Sabe ler e escrever | |
| ₃ 1º Ciclo do ensino básico (4ª classe) | |
| ₄ 2º Ciclo do ensino básico (6º ano) | |
| ₅ 3º Ciclo do ensino básico (9º ano) | |
| ₆ Ensino Secundário (12º ano) | |
| ₇ Bacharelato/licenciatura | |
| ₈ Mestrado/Doutoramento | |

5. Qual a Profissão que exercia?: _____

6.Há quanto tempo vive institucionalizado: _____

7.Porque foi institucionalizado:

₁Vontade Própria ___

₂Condição de Saúde ___

₃Condição Económica ___

₄Outro _____

8.É feliz a viver na instituição?

₁Sim ___

₂Não ___

9.Lar em que se encontra? _____

10.₁Quarto Individual ___ ₂Quarto Duplo ___ ₃Quarto Triplo ___

Secção B – Avaliação do Estado Cognitivo Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação: (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? ____
 Em que mês estamos? ____
 Em que dia do mês estamos? ____
 Em que dia da semana estamos? ____
 Em que estação do ano estamos? ____
 Em que país estamos? ____
 Em que distrito vive? ____
 Em que terra vive? ____
 Em que casa estamos? ____
 Em que andar estamos? ____

Nota: ____

2. Retenção: (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de as dizer todas; procure ficar a sabe-las de cor.”

Pêra ____
 Gato ____
 Bola ____

Nota: ____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quanto é 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar.”

27__24__21__18__15

Nota: ____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue repetir as palavras que pedi há pouco para decorar”

Pêra ____
 Gato ____
 Bola ____

Nota: ____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) “Como se chama isto” – mostrar os objetos:

Relógio ____
 Lápis ____

Nota: ____

b) “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota: _____

c) "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

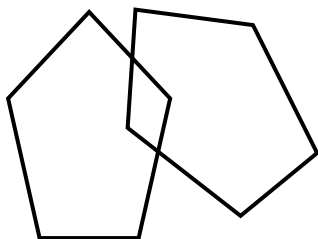
e) "Escreva uma frase inteira aqui", deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. **Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com cinco lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

Total: _____

Secção C – Avaliação do Estado de Independência
Escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007)

| ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA | | |
|----------------------------------|--|--|
| Alimentação | Independente (10). | |
| | Precisa de alguma ajuda (por exemplo, para cortar os alimentos). (5) | |
| | Totalmente dependente (0) | |
| Transferência | Independente. (15) | |
| | Necessita de alguma ajuda. (10) | |
| | Necessita de grande ajuda. (5) | |
| Toalete | Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes. (5) | |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda. (0) | |
| | | |
| Uso Casa de Banho | Independente. (10) | |
| | Precisa de alguma ajuda. (5) | |
| | Dependente. (0) | |
| Banho | Toma banho só (entra e sai da banheira ou duche sem ajuda). (5) | |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda. (0) | |
| Deambulação | Caminha sem ajuda ou supervisão. (15) | |
| | Caminha com ajuda. (10) | |
| | Independente em cadeira de rodas. (5) | |
| | Dependente. (0) | |
| Subir e Descer Escadas | Independente. (10) | |
| | Precisa de ajuda. (5) | |
| | Dependente. (0) | |
| Vestir | Independente. (10) | |
| | Com ajuda. (5) | |
| | Dependente. (0) | |
| Controlo Intestinal | Independente. (10) | |
| | Incontinente ocasional. (5) | |
| | Incontinente fecal. (0) | |
| Controlo Urinário | Independente. (10) | |
| | Incontinente ocasional. (5) | |
| | Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho. (0) | |
| TOTAL | | |

Secção D – Avaliação do Estado Afetivo
Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

| | | SIM | NÃO |
|--------------|--|-----|-----|
| 1 | Está satisfeito com a sua vida? | 0 | 1 |
| 2 | Abandonou muitos dos seus interesses e atividades? | 1 | 0 |
| 3 | Sente que a sua vida está vazia? | 1 | 0 |
| 4 | Sente-se frequentemente aborrecido? | 1 | 0 |
| 5 | Na maior parte do tempo está de bom humor? | 0 | 1 |
| 6 | Tem medo de que algo de mal lhe aconteça? | 1 | 0 |
| 7 | Sente-se feliz na maior parte do tempo? | 0 | 1 |
| 8 | Sente-se frequentemente abandonado/desamparado? | 1 | 0 |
| 9 | Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas? | 1 | 0 |
| 10 | Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade? | 1 | 0 |
| 11 | Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo? | 0 | 1 |
| 12 | Sente-se inútil? | 1 | 0 |
| 13 | Sente-se cheio de energia? | 0 | 1 |
| 14 | Sente-se sem esperança? | 1 | 0 |
| 15 | Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.? | 1 | 0 |
| TOTAL | | | |

Secção E – Avaliação da Funcionalidade Familiar
Escala de Apgar Familiar (Agostinho & Rebelo, 1988)

| | Quase Nunca | Algumas Vezes | Quase Sempre |
|---|------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Está satisfeito(a) com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o(a) preocupa? | 0 | 1 | 2 |
| Está satisfeito(a) como a sua família discute os assuntos? | 0 | 1 | 2 |
| Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida? | 0 | 1 | 2 |
| Está satisfeito(a) com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex: amor, irritação, pesar)? | 0 | 1 | 2 |
| Está satisfeito(a) com o tempo que passa com a sua família? | 0 | 1 | 2 |

**Secção F - Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados
Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lares de Idosos (Kane *et al*,
2003; versão portuguesa de Póvoa e Martín, 2010)**

| Escala de Conforto: As primeiras perguntas são sobre o seu nível de conforto e a ajuda que recebe para ficar mais confortável. | Muitas Vezes | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---|---------------------|-----------------|------------------|--------------|
| 1. Costuma sentir frio aqui no Lar? | | | | |
| 2. Costuma ficar com dores de estar sempre na mesma posição? | | | | |
| 3. Costuma ter dores? | | | | |
| 4. Costuma ser incomodado por barulhos quando está no seu quarto? | | | | |
| 5. Costuma ser incomodado por barulhos quando está noutros sítios do Lar como por exemplo na sala de jantar? | | | | |
| 6. Consegue dormir bem aqui? | | | | |

| Escala de Competência Funcionais: As próximas perguntas são sobre a facilidade que tem em fazer coisas que quer fazer. | Muitas Vezes | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---|---------------------|-----------------|------------------|--------------|
| 1. Consegue andar sozinho facilmente no seu quarto? | | | | |
| 2. Consegue chegar facilmente às coisas que precisa? | | | | |
| 3. Consegue chegar rapidamente a uma casa de banho? | | | | |
| 4. Consegue chegar às suas coisas de higiene pessoal na sua casa de banho? (exemplo: o sabonete) | | | | |
| 5. Consegue cuidar das suas coisas e do seu quarto? | | | | |

| Escala de Privacidade: As próximas perguntas são sobre a privacidade ou a falta de privacidade. | Muitas Vezes | Às vezes | Raramente | Nunca |
|--|---------------------|-----------------|------------------|--------------|
| 1. Consegue encontrar um sítio para ficar sozinho? | | | | |
| 2. Consegue fazer uma chamada por telefone sem ninguém estar por perto? | | | | |
| 3. Consegue ficar sozinho em algum sítio com uma visita? | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 4. Consegue ficar sozinho em algum sítio com outra pessoa, sem ser o seu companheiro de quarto? | | | | |
| 5. Os funcionários batem à porta do seu quarto e esperam pela sua resposta antes de entrar? | | | | |

| | | | | |
|--|-------------------------|-----------------|------------------|--------------|
| Escala de Dignidade: As próximas perguntas são sobre o respeito pela sua dignidade. | Muitas Vezez | Às vezes | Raramente | Nunca |
| 1. Os funcionários são bem educados consigo? | | | | |
| 2. Sente que é tratado com respeito? | | | | |
| 3. Os funcionários são cuidados quando tratam de si? | | | | |
| 4. Os funcionários respeitam-no quando não quer ser visto? (exemplo: quando está na casa de banho) | | | | |
| 5. Os funcionários ouvem-no quando quer dizer alguma coisa? | | | | |

| | | | | |
|---|-------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Escala de Atividades Significativas: Agora colocarei algumas perguntas sobre como passa o seu tempo. | Maioria Sim | Maioria Não | | |
| 1. Sai do Lar quando quer? | | | | |
| | Todos os dias | Várias vezes por semana | Uma vez por semana | Menos de uma vez por mês |
| 2. Quantas vezes sai do Lar? | | | | |
| | Muitas Vezez | Às vezes | Raramente | Nunca |
| 3. Gosta das atividades feitas no Lar? | | | | |
| 4. Para além das celebrações religiosas, existe mais alguma coisa para fazer durante o fim-de-semana? | | | | |
| 5. Apesar da sua saúde, costuma ajudar outras pessoas, como por exemplo, outros utentes, a sua família ou outras pessoas de fora? | | | | |
| 6. Os dias parecem-lhe demasiado longos? | | | | |

| Escala de Relacionamentos: As próximas perguntas são sobre os seus relacionamentos aqui no lar. | Muitas Vezez | Às vezes | Raramente | Nunca |
|--|-----------------|----------|-----------|-------|
| 1.É fácil fazer amigos aqui? | | | | |
| | Sim | Não | | |
| 2.Algum dos utentes é seu amigo próximo? | | | | |
| | Muitas Vezez | Às vezes | Raramente | Nunca |
| 3.No último mês algum funcionário parou de trabalhar para falar consigo como amigo? | | | | |
| 4.Considere algum funcionário seu amigo? | | | | |
| 5.Acha que o Lar facilita e tenta ser agradável para que os familiares e amigos venham visitar os utentes? | | | | |

| Escala de Autonomia: As próximas perguntas são sobre as escolhas e o controlo que tem no Lar. | Muitas Vezez | Às vezes | Raramente | Nunca |
|--|-----------------|----------|-----------|-------|
| 1.Pode ir para a cama à hora que quiser? | | | | |
| 2.Pode levantar-se de manhã à hora que quiser? | | | | |
| 3.Pode decidir a roupa que quer vestir? | | | | |
| 4.Conseguiu mudar coisas de que não gostava? | | | | |

| Escala de Satisfação com os Alimentos: As próximas três perguntas são sobre as suas experiências com a alimentação no Lar. | Muitas Vezez | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---|-----------------|----------|-----------|-------|
| 1.Gosta da comida do Lar? | | | | |
| 2.Gosta que chegue a hora das refeições? | | | | |
| 3.Consegue comer os seus pratos preferidos aqui? | | | | |

| Escala de Bem-estar Espiritual: As próximas perguntas são sobre a sua vida espiritual aqui no Lar. | Muitas Vezez | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---|-----------------|----------|-----------|-------|
| 1.Participa nas celebrações religiosas do Lar? | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 2.As celebrações religiosas são importantes para si? | | | | |
| 3.Sente que a vida tem sentido? | | | | |
| 4.Sente-se em Paz? | | | | |

| Escala de Segurança: O próximo conjunto de perguntas são sobre se se sente seguro no Lar. | Muitas Vezez | Às vezes | Raramente | Nunca |
|--|-----------------|----------|-----------|-------|
| 1.Sente que os seus bens estão seguros no Lar? | | | | |
| 2.As suas roupas ficam estragadas ou perdem-se quando vão para lavar? | | | | |
| 3.Sente que terá ajuda quando precisa? | | | | |
| 4.Se se sentir consegue um Enfermeiro ou um Médico rapidamente? | | | | |
| 5.Alguma vez sentiu medo pela maneira como o/a senhor/a ou outro utente foi tratado? | | | | |

| Escala de Individualidade: As próximas perguntas são sobre as suas preferências na sua vida. | Muitas Vezez | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---|-----------------|----------|-----------|-------|
| 1.Os funcionários sabem do que gosta? | | | | |
| 2.Os funcionários conhecem-no bem? | | | | |
| 3.Os funcionários interessam-se pelo que fez na sua vida? | | | | |
| 4.Os funcionários levam a sério as suas preferências? | | | | |
| 5.Os outros utentes conhecem-no bem? | | | | |
| 6.Os seus interesses e desejos pessoais são respeitados no Lar? | | | | |

As próximas doze perguntas resumem o que temos discutido até agora. Estas referem-se à classificação geral da sua **Qualidade de Vida**.

| Como avalia a qualidade da sua vida aqui em relação a: | Excelente | Bom | Razoável | Fraco |
|--|-----------|-----|----------|-------|
| 1.Sentir-se confortável? | | | | |
| 2.Fazer o que quer? | | | | |
| 3.Ter Privacidade? | | | | |
| 4.Poder fazer escolhas no seu dia-a-dia? | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 5.Sentir que a sua dignidade é respeitada? | | | | |
| 6.Ter coisas interessantes para ver e fazer? | | | | |
| 7.Gostar da comida e que chegue a hora das refeições? | | | | |
| 8.Fazer coisas que gosta? | | | | |
| 9.Ter boas amizades? | | | | |
| 10.Sentir segurança? | | | | |
| 11.Ir às celebrações religiosas? | | | | |
| 12.Sentir que a sua vida é boa? | | | | |

**ANEXO III – Autorização da Provedoria da Santa Casa da Misericórdia de
Castelo Branco**

Re: Pedido para realização estudo Enf. João Antunes - Autorizado



Caixa de entrada x Tese de Mestrado x



secretariado.provedoria@scmcastelobranco.pt <secretariado.provedoria@scmcastelobranco.pt>

terça, 20/02/2018, 09:50



para eu, Jaime, adm.servicosaude.sede@scmcastelobranco.pt, joaofatela, 1.vogal.ma, servicosocial.sede@scmcastelobranco.pt ▾

Bom Dia Exmo. Sr. Enfermeiro João Antunes,

Encarrega-me o Exmo. Sr. Dr. Artur Martins, Membro da Mesa Administrativa responsável pela área da saúde, de informar V.^a Ex.^a que o referido estudo é interessante e importante para a melhoria dos cuidados prestados e para a perceção da qualidade dada aos utentes da nossa Instituição.

Agradece no entanto que no final da realização do referido estudo V.^a Ex.^a entregue um exemplar para que conste no arquivo da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco.

Solicita ainda que o acompanhamento na realização do estudo seja efetuado pelo Exmo. Sr. Dr. João Fatela e Exmo. Sr. Enfermeiro Jaime Matos.

Sem outro assunto de momento, com os nossos melhores cumprimentos,

Marisa Marques

Às 15:39 de 16-02-2018, João Antunes escreveu:

Boa tarde,

Venho por este meio e, como acordado pessoalmente com a Exma. Sr.^a Marisa, enviar, em anexo, o meu pedido para o Exmo. Sr. Provedor a fim de me autorizar a realização de um estudo na área da "Qualidade de Vida do Idoso institucionalizado em Lar na cidade de Castelo Branco" no âmbito do meu relatório final do VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu sob orientação do Sr. Professor Doutor João Duarte.

Note que não se trata, para já, de um pedido oficial da Escola Superior de Saúde de Viseu, mas sim de um pedido meu pessoal para início do processo de aprovação com a maior brevidade, visto encontrar-me a aguardar de pareceres éticos e burocráticos. Posteriormente receberá um pedido oficial endossado pelo Exmo. Sr. Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Será para mim uma grande honra poder elaborar tal trabalho de investigação numa tão nobre instituição que me deu, enriqueceu e proporcionou as mais diversas aprendizagens que fizeram de mim aquilo que sou hoje.

Votos de um Excelente dia, Atentamente

Enfermeiro João Antunes

--

Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco

Secretariado da Provedoria /
Gabinete de Apoio & Relações Públicas

Contacto: Dr.^a Marisa Marques (Técnica de Apoio à Gestão)