



UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO/  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE FARO

## **MESTRADO EM GERONTOLOGIA SOCIAL**

**QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO**  
REALIDADE VIVIDA NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS  
CONTINUADOS DO ALGARVE

Dissertação de Mestrado

**Orientador:** Prof.<sup>a</sup> Doutora Emília Costa

**Discente:** Helena Catarina de Paiva Ribeiro

Faro, Março de 2011

*“Há uma idade na vida em que os anos passam demasiado depressa e os dias são uma eternidade.”*

Virginia Wolf

## AGRADECIMENTOS

Perante esta pequena vitória agradeço:

Em primeiro lugar, à Professora Emília por toda a sua dedicação, empenho e conhecimento demonstrado neste trabalho. Sem a sua importante colaboração, certamente, não conseguiria alcançar este objectivo.

Ao Professor Filipe Nave pelo seu contributo dado na análise estatística.

Aos responsáveis institucionais e funcionários que viabilizaram a implementação dos questionários e se revelaram um meio de acesso aos idosos institucionalizados.

A todos os idosos inquiridos deixo um especial agradecimento pela disponibilidade e apreço com que me receberam mas, fundamentalmente, pela experiência de vida e conhecimento que me transmitiram.

Aos meus colegas e amigos (não mencionando nomes porque eles sabem quem são) que acreditaram de forma incondicional no meu trabalho e demonstraram por palavras e gestos que a “união faz a força” e que a vida só faz sentido quando temos a humildade de reconhecer que sozinhos somos mais fracos.

Por fim, mas como “os últimos são os primeiros”, resta-me agradecer:

À minha família (em geral) que tanto orgulho me traz por potenciar o respeito pelos mais velhos e permitir que os meus avós sejam elementos honrados e presentes no seio familiar.

Às minhas cunhadas por permitirem que os meus irmãos sejam felizes e, deste modo, potenciarem a harmonia familiar de que tanto preciso.

Ao Guilherme – o meu único sobrinho mais lindo - que mesmo com poucos meses de idade me consegue transmitir a esperança de que os dias de amanhã farão mais sentido quando os laços geracionais se mantêm vincados.

Aos meus irmãos, que a par com os nossos pais, são elementos essenciais na minha existência e permitiram a transmissão do equilíbrio familiar essencial para ultrapassar este percurso com garra e persistência.

Aos meus pais, por serem - para mim - as pessoas mais importantes da minha vida e sem os valores e convicções que me inculcaram jamais conseguiria alcançar este objectivo.

A Deus, que sempre me acompanha e mesmo nos momentos mais difíceis me faz acreditar que sou capaz de fazer mais e melhor por mim e pela sociedade.

A todos vós o meu muito obrigado.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ANOVA** – Análise de Variância

**ARS** – Administração Regional do Algarve

**AVD's** – Actividades de Vida Diárias

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**D1** – Domínio Físico

**D2** – Domínio Psicológico

**D3** – Domínio Social

**D4** – Domínio Ambiental

**Dgeral** – Domínio Geral

**ICU** – Intensive Care Unit

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**N.º** – Número

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**RNCCI** – Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences

**UC** – Unidade de Convalescença

**UCP** – Unidade de Cuidados Paliativos

**EU** – União Europeia

**Prof.<sup>a</sup>** – Professora

**QV** – Qualidade de Vida

**ULDM** – Unidade de Longa Duração e Manutenção

**UMDR** – Unidade de Média Duração e Reabilitação

**WHO** – World Health Organization

**WHOQOL** – World Health Organization Quality Of Life

**WHOQOL-100** – World Health Organization Quality Of Life Assessment

**WHOQOL-bref** – World Health Organization Quality Of Life – Brief Form

## RESUMO

A Qualidade de Vida do idoso institucionalizado é uma temática que preocupa a sociedade em geral e em particular as famílias e profissionais de saúde que, diariamente, se vêem confrontados com o facto de ter de dar resposta às necessidades da pessoa idosa. Este estudo procura, por um lado, identificar as necessidades desta população e por outro, contribuir para a implementação de estratégias específicas de intervenção, colmatando défices de recursos e meios nas instituições.

Na presente investigação realizou-se um estudo descritivo-exploratório de metodologia quantitativa, de carácter transversal com o objectivo de avaliar a qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) do Algarve. Trata-se de um estudo que incidiu nas Unidades de Internamento da RNCCI do Algarve, com uma amostra com 105 idosos e onde foi utilizada a versão portuguesa do instrumento WHOQOL-bref (desenvolvido pela OMS na sua versão abreviada).

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a percepção da Qualidade de Vida no que se refere ao género e estado civil da pessoa idosa. Ao nível da instituição, aspectos como a lotação, estrutura física e tipologia apresentam igualmente valores significativos. Por fim, no que diz respeito ao idoso na instituição, a condição física e grau de autonomia, o suporte social, a qualidade das visitas, a participação da família e/ou amigos nos cuidados e a possibilidade de ausência temporária da instituição apresentaram-se como variáveis relevantes para este estudo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Envelhecimento, Qualidade de Vida, Qualidade de Vida do Idoso, Idoso institucionalizado, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

## **ABSTRACT**

The quality of life for the institutionalized elderly is a topic of concern to society in general and especially to families and health professionals who daily are confronted with the fact of having to meet the needs of the elderly. This study seeks, first, identify the needs of the elderly, second, contribute to the implementation of specific intervention strategies, bridging gaps in resources and institutions.

This research was carried out a descriptive-exploratory of quantitative methodology, of transverse nature with the goal to evaluate the quality of life of the elderly institutionalized in the National Network for Continuous Care (RNCCI) of the Algarve, with a sample of 105 elderly respondents and where it was used the Portuguese version of WHOQOL-bref (developed by WHO in this abbreviated version).

The results demonstrate the existence of statistically significant in the perception of the quality of life in what concerns to gender and marital status of the elderly person. At the institutional level, issues as capacity, physical structure and typology have significant values as well. Finally, regarding the elderly in the institution, the physical condition, the degree of autonomy, the social support, the quality of the visits, the participation of family and/or friends in care and the possibility of temporary absence of the institution, presented as relevant variables to this study.

**KEYWORDS:** Aging, Quality of Life, Quality of Life of Elderly, Institutionalized Elderly, The National Network for Continuous Care.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>20</b>
<b>1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL</b> .....	<b>21</b>
1.1. POPULAÇÃO IDOSA EM PORTUGAL .....	22
1.2. ENVELHECIMENTO: IMPACTO NA PESSOA IDOSA .....	25
<b>2. NOVAS NECESSIDADES: IDOSO INSTITUCIONALIZADO</b> .....	<b>28</b>
<b>3. QUALIDADE DE VIDA</b> .....	<b>31</b>
3.1. QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO.....	34
3.2. QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO.....	36
<b>4. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS</b> .....	<b>39</b>
4.1. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DO ALGARVE .....	42
<b>5. IDOSO INSTITUCIONALIZADO: QUE QUALIDADE DE VIDA? - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b> .....	<b>44</b>
<b>PARTE II - METODOLOGIA</b> .....	<b>52</b>
<b>1. PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO</b> .....	<b>53</b>
<b>2. OBJECTIVOS DO ESTUDO</b> .....	<b>55</b>
<b>3. TIPO DE ESTUDO</b> .....	<b>57</b>
<b>4. POPULAÇÃO</b> .....	<b>58</b>
<b>5. VARIÁVEIS EM ESTUDO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO</b> .....	<b>59</b>
5.1. VARIÁVEIS INDEPENDENTES .....	59
5.2. VARIÁVEL DEPENDENTE.....	65
5.3. MODELO DE ANÁLISE DAS VARIÁVEIS.....	70
<b>6. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO</b> .....	<b>71</b>
6.1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO .....	72
6.2. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	72
6.3. ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-BREF .....	73
<b>7. HIPÓTESES</b> .....	<b>74</b>

7.1. MODELO DE ANÁLISE DA RELAÇÃO DAS HIPÓTESES .....	76
<b>8. PROCEDIMENTO.....</b>	<b>77</b>
8.1. PROCEDIMENTO ÉTICO E LEGAL .....	78
8.2. PROCEDIMENTO DA COLHEITA DE DADOS.....	79
<b>PARTE III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>81</b>
<b>1. ANÁLISE DESCRITIVA .....</b>	<b>82</b>
1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS.....	82
1.2. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	88
1.3. CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO NA INSTITUIÇÃO.....	93
1.4. CARACTERIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	106
<b>2. ANÁLISE INFERENCIAL .....</b>	<b>109</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>130</b>
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>142</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>144</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I – RESPOSTA À SOLICITAÇÃO DE APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS NA ULDM DE VILA REAL DE SANTO ANTÓNIO	
ANEXO II – CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO ÀS INSTITUIÇÕES	
ANEXO III – RESPOSTA À SOLICITAÇÃO DE APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS NA RNCCI E SOLICITAÇÃO DE ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS POR PARTE DA ARS DO ALGARVE	
ANEXO IV – RESPOSTA E ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS À SOLICITAÇÃO DA ARS ALGARVE	
ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA ARS DO ALGARVE PARA APLICAÇÃO DO ESTUDO NA RNCCI	
ANEXO VI – AUTORIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DA RNCCI DO ALGARVE PARA APLICAÇÃO DO ESTUDO	
ANEXO VII – CONSENTIMENTO INFORMADO	
ANEXO VIII – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	
ANEXO IX – INSTRUMENTO WHOQOL-BREF	
ANEXO X – QUESTIONÁRIO REFERENTE À CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	
ANEXO XI – MANUAL DO UTILIZADOR E SINTAXE DO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF	

ANEXO XII – PEDIDO DE INSTRUMENTO DE QV E AUTORIZAÇÃO DE  
APLICAÇÃO

ANEXO XIII – CARTA DE AGRADECIMENTO

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura n.º 1</b> – População Idosa nos anos de 2000, 2010, 2025 e 2050.....	24
<b>Figura n.º 2</b> – Esquema de Actuação da RNCCI .....	40
<b>Figura n.º 3</b> – Tipos de resposta da RNCCI.....	41
<b>Figura n.º 4</b> – Consistência interna da versão portuguesa da escala WHOQOL-bref: domínios e total de itens.....	66
<b>Figura n.º 5</b> – Consistência interna da versão portuguesa da escala WHOQOL-bref do estudo: domínios e total de itens .....	67
<b>Figura n.º 6</b> – Estrutura do Instrumento WHOQOL-bref: facetas e domínios ...	69
<b>Figura n.º 7</b> – Esquema de relação das variáveis em estudo .....	70
<b>Figura n.º 8</b> – Esquema das hipóteses em estudo .....	76
<b>Figura n.º 9</b> – Mapa da região do Algarve .....	77
<b>Figura n.º 10</b> – Esquema de correlações dos itens com os respectivos domínios e dos domínios com a totalidade dos itens da escala WHOQOL-bref .....	108

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico n.º 1</b> - Pirâmide etária da distribuição percentual da população por idades até aos 100 e mais anos, de Portugal em três momentos de estudo: 1960, 2004 e 2050 .....	23
<b>Gráfico n.º 2</b> - Índice de envelhecimento residente em Portugal entre 2000 e 2009 .....	23
<b>Gráfico n.º 3</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos por classes etárias .....	83
<b>Gráfico n.º 4</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos pelo género .....	84
<b>Gráfico n.º 5</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos por graus de escolaridade .....	85
<b>Gráfico n.º 6</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos por profissões .....	86
<b>Gráfico n.º 7</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos por estado civil .....	87
<b>Gráfico n.º 8</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos por rendimento económico .....	88
<b>Gráfico n.º 9</b> - Lotação das Unidades de Internamento da RNCCI .....	89
<b>Gráfico n.º 10</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos por estruturas físicas institucionais .....	91
<b>Gráfico n.º 11</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos por unidade de utente .....	92
<b>Gráfico n.º 12</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos por tipologia institucional .....	93
<b>Gráfico n.º 13</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos inquiridos por instituição .....	94
<b>Gráfico n.º 14</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos por historial de antecedentes institucionais .....	95
<b>Gráfico n.º 15</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos por duração de internamento .....	96

<b>Gráfico n.º 16</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos por foro de patologia actual .....	97
<b>Gráfico n.º 17</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos por tempos de duração da doença .....	98
<b>Gráfico n.º 18</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos por níveis de dependência na alimentação .....	99
<b>Gráfico n.º 19</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos por níveis de dependência na mobilidade .....	100
<b>Gráfico n.º 20</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos por níveis de dependência na higiene .....	101
<b>Gráfico n.º 21</b> - Distribuição gráfica percentual dos idosos relativa ao suporte social da pessoa idosa.....	102

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela n.º 1</b> – Unidades de internamento existentes na RNCCI do Algarve: local e lotação .....	43
<b>Tabela n.º 2</b> – Resultados dos artigos seleccionados para a Revisão Sistemática da Literatura .....	45
<b>Tabela n.º 3</b> – Contextualização dos locais de aplicação do estudo .....	78
<b>Tabela n.º 4</b> – Distribuição dos idosos por classes etárias.....	83
<b>Tabela n.º 5</b> – Distribuição dos idosos por género .....	84
<b>Tabela n.º 6</b> – Distribuição dos idosos por graus de escolaridade .....	84
<b>Tabela n.º 7</b> – Distribuição dos idosos por profissões .....	86
<b>Tabela n.º 8</b> – Distribuição dos idosos pelo estado civil .....	87
<b>Tabela n.º 9</b> – Distribuição dos idosos por rendimento económico .....	88
<b>Tabela n.º 10</b> – Distribuição dos idosos por qualidade das equipas multidisciplinares.....	89
<b>Tabela n.º 11</b> – Distribuição dos idosos por dinâmica das instituições .....	90
<b>Tabela n.º 12</b> – Distribuição dos idosos por equipamento das instituições .....	90
<b>Tabela n.º 13</b> – Distribuição dos idosos por estruturas físicas institucionais....	90
<b>Tabela n.º 14</b> – Distribuição dos idosos por unidades de utente.....	92
<b>Tabela n.º 15</b> – Distribuição dos idosos por tipologia da RNCCI.....	93
<b>Tabela n.º 16</b> – Distribuição dos idosos pelas respectivas instituições .....	94
<b>Tabela n.º 17</b> – Distribuição dos idosos por existência/inexistência de antecedentes institucionais .....	95
<b>Tabela n.º 18</b> – Duração do internamento do idoso .....	96
<b>Tabela n.º 19</b> – Distribuição dos idosos por foro de patologia actual .....	97
<b>Tabela n.º 20</b> - Distribuição dos idosos por grupo de meses de duração de doença .....	98
<b>Tabela n.º 21</b> - Distribuição dos idosos por níveis de dependência na alimentação .....	99
<b>Tabela n.º 22</b> - Distribuição dos idosos por níveis de dependência na mobilidade .....	100

<b>Tabela n.º 23</b> – Distribuição dos idosos por níveis de dependência na higiene .....	101
<b>Tabela n.º 24</b> – Distribuição dos idosos por suporte social .....	102
<b>Tabela n.º 25</b> – Distribuição dos idosos por qualidade de visitas .....	103
<b>Tabela n.º 26</b> – Distribuição dos idosos por preferência de tipo de visita .....	103
<b>Tabela n.º 27</b> – Distribuição dos idosos por níveis de participação do suporte social nos cuidados.....	104
<b>Tabela n.º 28</b> – Distribuição dos idosos por saídas temporárias da instituição .....	105
<b>Tabela n.º 29</b> – Distribuição dos idosos por Autonomia (níveis de dependência) vs Tipologia das Instituições: Unidades de Internamento .....	106
<b>Tabela n.º 30</b> – Análise da diferença de médias referente ao género no Domínio Social .....	110
<b>Tabela n.º 31</b> – Análise da diferença de médias referente ao estado civil no Domínio Físico .....	112
<b>Tabela n.º 32</b> – Análise da diferença de médias referente ao estado civil no Domínio Social.....	112
<b>Tabela n.º 33</b> – Análise da diferença de médias referente à lotação das instituições no Domínio Social .....	113
<b>Tabela n.º 34</b> – Análise da diferença de médias referente à estrutura física no Domínio Social.....	115
<b>Tabela n.º 35</b> – Análise da diferença de médias referente à estrutura física no Domínio Ambiental.....	115
<b>Tabela n.º 36</b> – Análise da diferença de médias referente à tipologia institucional no Domínio Social .....	116
<b>Tabela n.º 37</b> – Análise da diferença de médias referente à condição física: alimentação no Domínio Geral.....	118
<b>Tabela n.º 38</b> – Análise da diferença de médias referente à condição física: alimentação no Domínio Psicológico .....	119
<b>Tabela n.º 39</b> – Análise da diferença de médias referente à condição física: alimentação no Domínio Ambiental .....	119
<b>Tabela n.º 40</b> – Análise da diferença de médias referente à condição física: mobilização no Domínio Geral .....	120
<b>Tabela n.º 41</b> – Análise da diferença de médias referente à condição física: mobilização no Domínio Físico .....	120

<b>Tabela n.º 42</b> – Análise da diferença de médias referente à condição física: mobilização no Domínio Ambiental.....	121
<b>Tabela n.º 43</b> – Análise da diferença de médias referente à condição física: higiene no Domínio Geral .....	121
<b>Tabela n.º 44</b> – Análise da diferença de médias referente à condição física: higiene no Domínio Físico .....	122
<b>Tabela n.º 45</b> – Análise da diferença de médias referente à condição física: higiene no Domínio Ambiental .....	122
<b>Tabela n.º 46</b> – Análise da diferença de médias referente ao suporte social no Domínio Social.....	123
<b>Tabela n.º 47</b> – Análise da diferença de médias referente à qualidade das visitas no Domínio Social.....	124
<b>Tabela n.º 48</b> – Análise da diferença de médias referente à participação nos cuidados no Domínio Social.....	125
<b>Tabela n.º 49</b> – Análise da diferença de médias referente à ausência temporária da instituição no Domínio Físico .....	126
<b>Tabela n.º 50</b> – Análise da diferença de médias referente à ausência temporária da instituição no Domínio Ambiental.....	126
<b>Tabela n.º 51</b> – Análise da diferença de médias referente à Autonomia no Domínio Geral.....	127
<b>Tabela n.º 52</b> – Análise da diferença de médias referente à Autonomia no Domínio Físico .....	128
<b>Tabela n.º 53</b> – Análise da diferença de médias referente à Autonomia no Domínio Psicológico .....	128
<b>Tabela n.º 54</b> – Análise da diferença de médias referente à Autonomia no Domínio Ambiental.....	129

## **INTRODUÇÃO**

Actualmente, vivemos num mundo em que a evidência científica se manifesta nas mais diversas áreas. A evolução médica ao nível da saúde e o impacto que apresentou na sociedade, em geral, certamente contribuiu para um triunfo importante da ciência mas, em contrapartida, potenciou o problema da longevidade e conseqüentemente a existência de pessoas mais idosas a viver por mais tempo. Esta transição demográfica acarreta implicações significativas na qualidade de vida, uma vez que a longevidade pode ser acompanhada de doença crónica, declínio funcional, dependência, perda de autonomia e isolamento social.

O facto de poder viver durante um período maior de tempo nem sempre é encarado como algo positivo, como em tempos se preconizava. A ideia de que os idosos são fontes de sabedoria e experiência de vida parece, agora, tender a desvanecer-se em prol de sentimentos negativos como sendo um encargo para a sociedade, sinal de não produtividade e consumo de recursos essenciais, principalmente na área da saúde.

Esta realidade emergente provoca alterações profundas da estrutura demográfica, exigindo às gerações futuras um empenho adicional na forma como encaram o envelhecimento e na procura de soluções para os problemas que se levantam. No entanto, as implicações também se sucedem ao nível da Qualidade de Vida (QV) das pessoas idosas e neste sentido, é importante perceber a riqueza individual de cada pessoa e encará-la como fonte de virtualidade e que poderá ser bem aproveitada se for mantido o respeito integral pela pessoa humana em todas as suas dimensões (Vilar, 2009).

Apesar da tomada de consciência do problema, os dados estatísticos populacionais não ajudam a criar uma visão muito optimista para os tempos que se esperam. A nível nacional, segundo as projecções futuras, estima-se que em 2025 teremos 60 idosos dependentes por cada 100 pessoas em idade activa, o que poderá condicionar a sustentabilidade económica do país. Em

Portugal, em média as pessoas viverão mais seis anos e a população com 65 anos de idade ou mais representará, em 2050, cerca de um terço da população portuguesa total (Mota, 2009). Deste modo, o recurso à institucionalização como meio de solução de problemas relacionados com o aumento populacional surge cada vez mais associado a situações de dependência e “casos sociais”, em que a estrutura familiar não existe ou não consegue dar resposta às necessidades da pessoa idosa.

A idade avançada, para além de problemas sociais acarreta muitas vezes problemas de saúde, gerados pelas sucessivas perdas a que o indivíduo está sujeito ao longo da vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) revela uma constante preocupação com esta faixa etária e associa a QV da pessoa idosa à sua condição de saúde, preconizando que um envelhecimento activo sucede-se através dos seguintes princípios básicos: autonomia, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável. Para esta entidade, a QV no envelhecimento está associada ao facto da pessoa usufruir de bem-estar físico, emocional e social e a pessoa idosa é definida como pessoa com idade igual ou superior a 65 anos (Ministério da Saúde, 2004).

Ciente desta mudança estrutural e na tentativa de compreender de forma aprofundada o fenómeno do envelhecimento surge o conceito de Gerontologia Social, que é, a ciência que estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento, bem como, as consequências sociais que podem otimizar esse processo de envelhecimento. Assim sendo, o estudo da QV da pessoa idosa representa um marco importante a avaliar, na medida em que o sistema de valores e de organização social terá de ser reajustado às novas necessidades dos cidadãos, nomeadamente nas faixas etárias mais avançadas.

O presente documento utilizou quanto à organização, apresentação e referências bibliográficas as normas definidas pela APA (American Psychological Association, 2010), mantendo as premissas mencionadas no Regulamento de Mestrados da Universidade do Algarve. Em termos estruturais, o trabalho encontra-se faseado em três grandes partes: enquadramento teórico, metodologia e apresentação e discussão dos resultados. Numa primeira fase são abordados aspectos teóricos relevantes para a contextualização da investigação. O envelhecimento é a temática central, bem como a QV sob a visão dos diversos autores. Segue-se a

apresentação do processo metodológico utilizado para a obtenção dos resultados que posteriormente se expõem através da análise descritiva e inferencial. Por fim, surge a discussão, na qual são abordados os pontos essenciais do trabalho, bem como os aspectos mais relevantes analisados e as perspectivas futuras face à temática em investigação. Importa, ainda, referir que o presente estudo é assente numa análise quantitativa sob a aplicação do instrumento World Health Organization Quality Of Life –Brief form (WHOQOL-bref), desenvolvido pela OMS e validado para a população portuguesa.

Neste âmbito, surge a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca deste tema e se possível reunir dados que possam definir estratégias de combate aos problemas inerentes ao envelhecimento.

A temática “Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado” procura por um lado, perceber as vivências da pessoa idosa mas por outro, analisar o impacto da institucionalização no processo de envelhecimento. Pelo seu carácter recente e dada a fácil acessibilidade a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) do Algarve, as unidades de internamento da rede foram o local escolhido para incidir esta investigação e a amostra é constituída por pessoas com idades superiores ou iguais a 65 anos. Apesar de já existirem vários estudos acerca da QV do idoso, este estudo procura acrescentar conhecimento acerca da percepção da pessoa idosa institucionalizada na RNCCI do Algarve e potenciar o desenvolvimento de estratégias e políticas que envolvem a promoção da saúde dos idosos, tratamento de doença, reabilitação e adaptação nestes mesmos locais.

Neste processo, que afecta a todos, o envelhecer com saúde constitui hoje um desafio e uma responsabilidade individual e colectiva. Ciente desta realidade, e na tentativa de fornecer algum contributo social, resta salientar que este trabalho visa ampliar o conhecimento acerca da QV da pessoa idosa e de forma mais abrangente fomentar a implementação de acções sociais e políticas na promoção de maior dignidade e respeito por esta população, bem como contribuir para o aumento da evidência científica e da implementação de estratégias que possam minimizar o impacto negativo do envelhecimento.

**PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

*“La plupart des événements historiques profonds trouvent leur explication dans des considérations de population”*

Alfred Sauvy

O conceito de envelhecimento populacional é um fenómeno cada vez mais corrente, atendendo ao aumento global da população idosa, mas cuja origem data de 1928, altura em que Alfred Sauvy utiliza pela primeira vez o conceito de “envelhecimento da população”, que tem vindo a ser aperfeiçoado e estudado com mais afinco na sociedade actual (Imaginário, 2008).

Esta problemática tem vindo a ser debatida em todo o mundo e parece ser uma preocupação crescente nos próximos anos. É um facto que o envelhecimento demográfico não é um fenómeno recente mas pode ser encarado como um acontecimento globalmente positivo, traduzindo a melhoria qualitativa e quantitativa da condição humana, representando um avanço das condições de vida das sociedades contemporâneas (Hortelão, 2004).

Aspectos como a diminuição da mortalidade infantil, o aumento da esperança média de vida, as melhorias ao nível dos cuidados de saúde, da educação e da nutrição, bem como o acesso ao planeamento familiar parecem estar na origem deste fenómeno (Imaginário, 2008). Pode afirmar-se que a humanidade está a atravessar um processo de mudança populacional denominado de “transição demográfica” em que as diferentes sociedades humanas deixam de ter uma população predominantemente jovem para se transformarem em sociedades cada vez mais envelhecidas (Netto, 1997).

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 e 2025 a era do envelhecimento, salientando que esse crescimento se evidenciou mais nos países em desenvolvimento atingindo valores de 123% ao passo que nas nações desenvolvidas observa-se um crescimento na ordem dos 54% (Melo et al., 2009). Mundialmente, a esperança média de vida aos 65 anos, neste período, aumentou de forma significativa ao nível dos países mais

desenvolvidos, tendo o Japão apresentado a percentagem mais elevada com valores superiores a 50%, enquanto a média mundial atingiu um aumento já considerável na ordem dos 30% (Stambaugh, 2009).

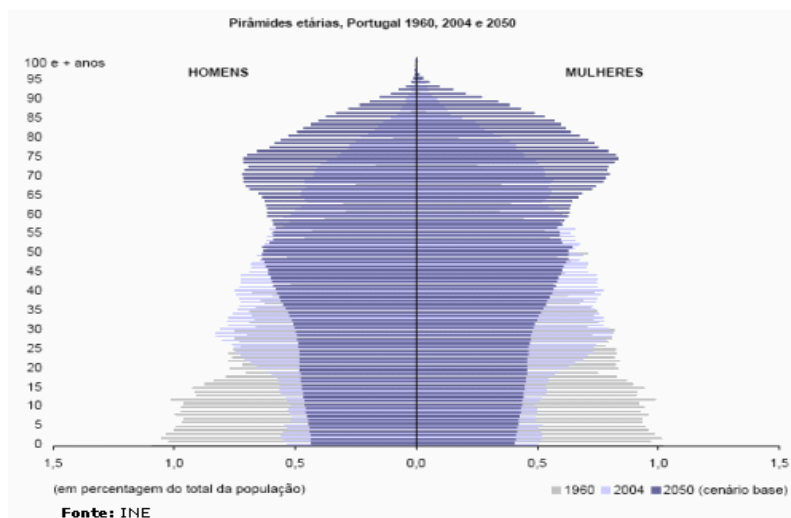
Pode dizer-se que Portugal se encaixa na estatística mundial, tendo-se verificado nos últimos anos (entre 1941 e 2001) um crescente da população com idade superior ou igual a 65 anos na ordem dos 243%, sendo detectado um acréscimo de 505 600 para 1 735 500 indivíduos, o que representa em termos percentuais a transição de 6,5% a 16,6% da população total portuguesa. As projecções do Departamento de Estatística da União Europeia (Eurostat) traçam um cenário ainda mais severo relativamente a Portugal, salientando que a população idosa duplicará entre 2004 e 2050, atingindo o valor percentual dos 31,9% passando a ser o quarto país da União Europeia (EU) com maior percentagem de idosos. Assim sendo, pode prever-se que dentro dos próximos 10 anos, um em cada 5 portugueses apresente idade superior ou igual a 65 anos e, em meados do século XXI, esta relação será de aproximadamente um para cada 3 portugueses (Paúl & Fonseca, 2005).

### 1.1. POPULAÇÃO IDOSA EM PORTUGAL

Face à problemática do envelhecimento nacional pode efectuar-se uma análise sob dois pontos de vista: individualmente, o envelhecimento traduz-se no aumento da idade implicando em consequência uma maior longevidade (esperança média de vida); e, por outro lado, genericamente o envelhecimento revela um aumento da população idosa em detrimento da população jovem activa. No nosso país, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) em 1960 verificava-se uma média de 61 anos de vida nos homens e de 66 anos nas mulheres; em 2003/2004 os homens podiam esperar viver até aos 74 anos e as mulheres até aos 81 anos (INE, 2005).

O fenómeno do envelhecimento populacional, em Portugal, pode ser facilmente entendido através da observação da pirâmide etária (Gráfico n.º 1), na qual se verifica um duplo envelhecimento da população, por um lado, através do estreitamento das bases (que traduz um decréscimo da população jovem) e, por outro, através do alargamento do topo da pirâmide o que implica um acréscimo da população idosa.

**Gráfico n.º1** – Pirâmide etária da distribuição percentual da população por sexos e idades até aos 100 e mais anos de idade, de Portugal em três momentos de estudo: 1960, 2004 e 2050.

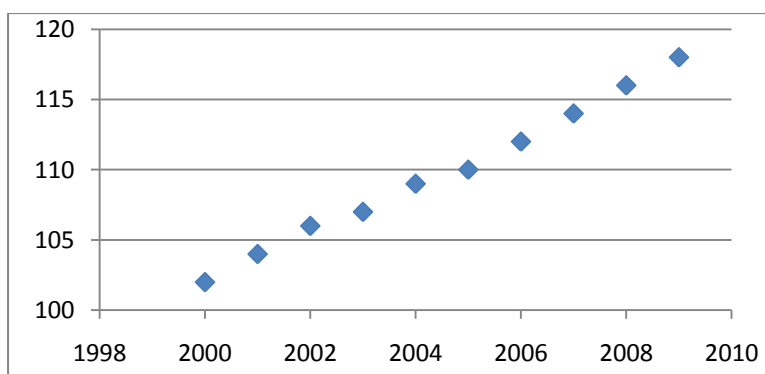


Fonte: INE (2005)

Apesar do reconhecimento, nacional e internacional, deste fenómeno e dos esforços que têm sido feitos na tentativa de combate ao envelhecimento, bem como a implementação de estratégias que minimizem o seu impacto, estudos recentes revelam que, na última década, tem-se acentuado a tendência de envelhecimento demográfico, em Portugal (INE, 2005).

Face à co-relação estabelecida entre jovem-idoso, como se verifica no Gráfico n.º 2, percebe-se que a linha se vai acentuando no sentido do acréscimo de idosos no decorrer do tempo, sendo em 2000 de 102 idosos para cada 100 jovens e atingindo o valor máximo em 2009, com a percentagem de 118 idosos para cada 100 jovens.

**Gráfico n.º 2** – Índice de envelhecimento em Portugal entre 2000 e 2009 (número de idosos para cada 100 jovens)

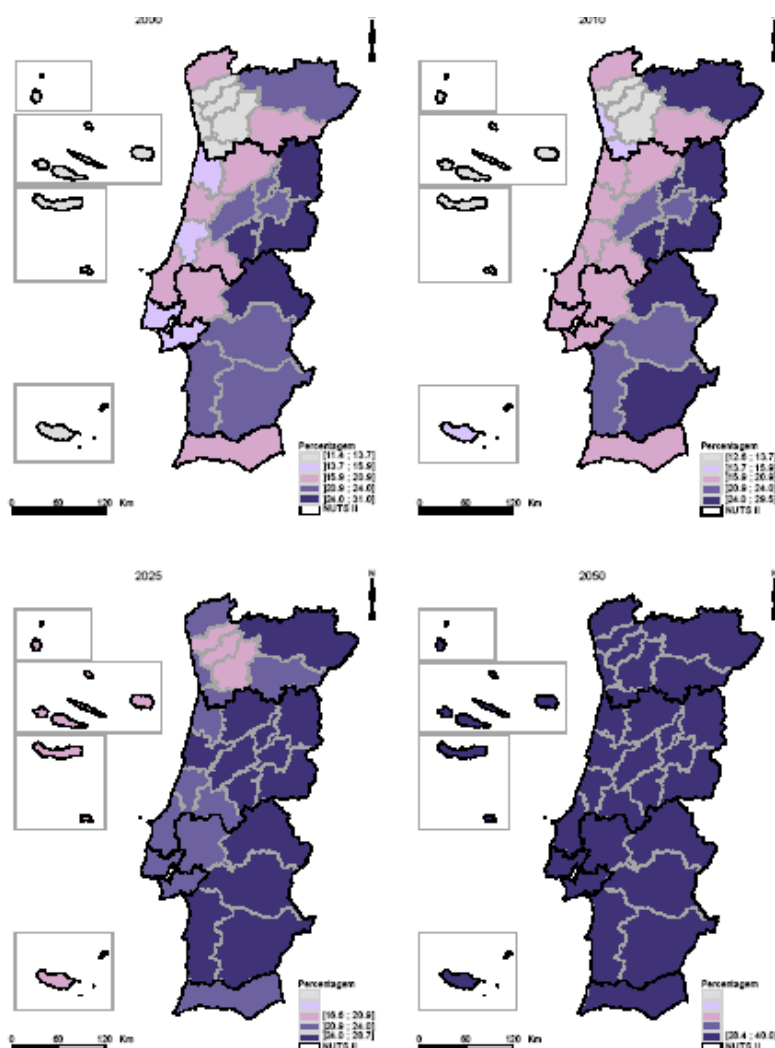


Fonte: adaptado de INE (2010)

Mediante os resultados obtidos até à data prevê-se, a nível nacional, um aumento acentuado da população com 65 ou mais anos de idade, atingindo-se em 2050 uma percentagem de idosos na ordem dos 28% e 40% em relação ao total da população nacional (INE, 2010).

Na Figura n.º 1, pode analisar-se o ritmo de crescimento da população idosa quer em período retrospectivo, quer em período de projecção em diferentes datas: 2000, 2010, 2025 e 2050. A cor das imagens correspondentes às regiões do país tendem a adoptar uma coloração mais escura, o que manifesta (segundo as previsões) um aumento considerável da população idosa num futuro próximo.

**Figura n.º 1** – População idosa (com 65 ou mais anos, em %) nos anos de 2000, 2010, 2025 e 2050.



Fonte: INE cit. in Carrilho e Gonçalves (2001)

Perante este cenário, aferido pelos Censos 2001, não há dúvidas de que

o fenómeno envelhecimento tende a evidenciar-se nos próximos anos e embora, na actualidade, seja mais notório em determinadas regiões nacionais, prevê-se que até 2050 ocorra um envelhecimento nacional globalizado que agrava ainda mais a condição do país (Carrilho e Gonçalves, 2001).

Segundo o Alto Comissariado da Saúde (2008) estima-se que as pessoas que atinjam os 65 anos de idade vivam ainda, em média, mais 18,3 anos, o que vai de encontro ao facto já detectado pelos estudos recentes e que apontam para um marcado aumento da população com mais de 80 anos. Esta população quase quadruplicou entre 1960 e 2004, prevendo-se que em 2050 10,2% da população portuguesa tenha 80 ou mais anos de idade o que levará inevitavelmente a um aumento da dependência dos idosos (INE, 2010).

## 1.2. ENVELHECIMENTO: IMPACTO NA PESSOA IDOSA

*“Ser idoso é uma condição geral de pessoas que têm o privilégio de experimentar uma vida longa.”*

Paúl, Fonseca e Amado (2000)

As alterações demográficas que se verificam na sociedade actual têm revelado grande preocupação por parte da população idosa bem como por parte das instâncias políticas dado o impacto socioeconómico significativo que apresentam ao nível do aprovisionamento de serviços sociais e de saúde (Squire, 2005).

Os avanços da medicina que deviam ser sentidos como um triunfo vigoroso para a vida humana revelam-se um “fardo” económico para a maioria das pessoas idosas que se sentem como mais um encargo para a sociedade. A ideia de que ser idoso é vigor parece um mito que já ficou associado aos nossos antepassados, em que a pessoa que vivia muitos anos era sinónimo de sabedoria e experiência de vida (Fernandes, 1997).

Com o passar dos anos, a pessoa idosa sente que com o aumento da idade emergem as incapacidades e doenças, o que lhe trará um conseqüente recurso aos serviços de saúde e, inevitavelmente, progressiva dependência e falta de autonomia (Squire, 2005). No entanto, apesar das alterações sentidas, o idoso não deixa de ser pessoa e continua a crescer, a aprender e a ter

potencialidades para se adaptar ao futuro, em busca de felicidade, alegria e de prazer por viver (Raimundo e Lima, 2002).

Para estes autores, o envelhecimento causa um profundo impacto na pessoa idosa e este pode ser analisado mediante a percepção dos seguintes factores: sentimentos de solidão, quando a família e amigos se ausentam; isolamento do idoso, associado a incapacidade de se movimentar sozinho; sentimentos de insegurança (física, afectiva e económica); rendimentos económicos reduzidos e impossibilidade de ter uma vida digna; alojamento inadequado ou degradado; ausência de actividades sócio-recreativas acessíveis, dificultando o convívio social; insuficiência de serviços de apoio que possibilitem uma resposta aos problemas que vão surgindo; deficiente detecção e apoio aos idosos com doenças mentais. A análise e compreensão destes itens, bem como a assimilação da realidade multifactorial do processo de envelhecimento e o contexto familiar, social e económico em que a pessoa se insere permitirá detectar algumas lacunas, possibilitando o encaminhamento da pessoa para uma melhor QV, ainda que esta careça de alguns ajustes a novas necessidades.

Na realidade, o importante é que a pessoa se consciencialize que o envelhecimento integra a vida e é entendido como um processo dinâmico no qual se vão verificando alterações de ordem morfológica, fisiológica, bioquímica e psicológica capaz de determinar uma perda progressiva de capacidade de adaptação ao meio, ocasionando vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, conduzindo-o à institucionalização e conseqüentemente à adaptação a novas necessidades (Henriques & Sá, 2007).

Segundo, Kalache (2009), para a maioria das pessoas, à medida que se envelhece espera-se manter uma boa capacidade funcional, conseguir desempenhar sem dificuldade as actividades do dia-a-dia, conservar a autonomia e independência, o que a permitiu, até então, viver com vigor e no pico da sua capacidade funcional. Quando se atinge determinada idade, nomeadamente fase da velhice, o que a pessoa quer é conseguir manter-se acima de um limiar de incapacidade, evitando um decréscimo na capacidade funcional à medida que se confronta com cada vez mais adversidades. O mesmo autor salienta que envelhecer com qualidade é uma responsabilidade individual e social. Os comportamentos e estilos de vida que a pessoa adopta ao longo do seu percurso vital, bem como o respeito pela legislação e políticas

de saúde instituídas contribuem amplamente para que o declínio funcional inerente ao envelhecimento possa ser prevenido ou pelo menos adiado.

O envelhecimento, não é mais do que uma etapa vital que está associada a um processo de degradação progressiva e diferencial, afecta todos os seres vivos e a sua gravidade varia de pessoa para pessoa, podendo ser analisado a diferentes níveis: biológico, psicológico e social. O envelhecimento é, então, um processo diferencial que revela dados objectivos como a degradação física e, também, dados subjectivos que constituem a representação que cada pessoa faz do seu próprio envelhecimento (Fontain, 2000).

Face à consciência individual de cada um e sob a óptica da Gerontologia Social, para além de todas as outras condicionantes, a reforma assume um papel marcante para a maioria das pessoas, que tendem a encarar o processo de envelhecimento como associado à transição da fase activa de vida para a condição de inactividade laboral (Fernandes, 1997). Neste sentido, Fonseca (2005) refere que o momento em que se atinge os 65 anos coincide com o período de reforma e consequentemente a entrada na velhice. No entanto, o mesmo considera ser um erro encarar os 65 anos como uma espécie de barreira que assinala o antes e o depois da idade adulta, quando na realidade não há nada que nos indique nesse sentido. A forma, como cada pessoa experiencia esta fase vital permite perceber que há pessoas que nunca se reformam porque efectivamente nunca se sentem reformadas, como provavelmente há pessoas que nunca envelhecem porque nunca se sentem a envelhecer. Neste âmbito, falar e abordar o ser humano é algo demasiado complexo e subjectivo, mas como qualquer acontecimento que sucede ao longo do ciclo vital, a passagem a idoso estando associada ao processo de reforma acarreta perdas, como por exemplo, rotinas, colegas de trabalho, etc., mas também comporta novas oportunidades: a liberdade do uso do tempo e a concretização de interesses pessoais. Para Wise (2009), a chegada à reforma pode ser um indicador de perda de amigos e mesmo de vida social

A forma como cada pessoa percepçiona e vivencia as suas etapas vitais, nomeadamente a velhice, permite aceitar melhor ou pior o seu processo de envelhecimento. Paúl e Fonseca (2005) falam, ainda, de aspectos como a viuvez, saída dos filhos de casa e recurso à institucionalização como sendo alguns dos entraves à adaptação a esta nova condição de vida.

## **2. NOVAS NECESSIDADES: IDOSO INSTITUCIONALIZADO**

O aumento significativo da população idosa tem vindo a acentuar-se nos últimos anos e, dadas as características da sociedade actual, emerge o recurso à institucionalização como meio de resposta para muitas pessoas e respectivas famílias. A causa deste fenómeno, na óptica de Henriques e Sá (2007) deve-se essencialmente às alterações demográficas e estruturais da sociedade portuguesa, nomeadamente no seio da família, bem como os efeitos das mudanças no papel da mulher levou à expansão dos serviços de apoio a idosos dependentes.

Ao longo do processo de envelhecimento, a pessoa vê-se gradualmente confrontada com sucessivas perdas aos diversos níveis, nomeadamente, perda de capacidades físicas que lhe permitam conduzir a sua vida de forma autónoma e, de igual modo, surgem deficientes capacidades do meio para superar estas limitações (Fernandes, 2000). Na medida em que as incapacidades aumentam e as soluções por parte do meio diminuem revela-se necessário encarar a hipótese de internamento numa instituição. Deste modo, o que se pretende é que a institucionalização seja encarada como um recurso e não como uma solução de um problema.

Genericamente, a institucionalização representa o encontro da pessoa (neste caso, idosa) com um ambiente colectivo de regras que dificilmente consegue individualizar os cuidados tendo em conta a especificidade de cada pessoa, bem como a sua história de vida e tendo em conta o respeito pela vivência qualitativa do indivíduo, sujeito a um quadro de mudanças existenciais específicas do processo vital (Cardão, 2009). Esta ideologia já tem vindo a ser debatida ao longo da história e como afirmou Goffman (1968) todas as instituições geram um universo específico, no entanto algumas apresentam uma forte tendência a criar barreiras a eventuais trocas com o exterior (Pimentel, 2001).

De qualquer modo, o recurso à institucionalização por parte dos idosos tem sido uma frequente e, na óptica deste autor, este representa um refúgio importante para esta população, já que têm em atenção a perda de autonomia e estado de saúde geral mas que, inevitavelmente, comportam factores que podem interferir negativamente na dinâmica da pessoa idosa, sendo eles: “a despersonalização (pouca privacidade), desinserção familiar e comunitária, o tratamento massificado, a vida monótona e rotineira que trata todos os idosos de igual forma sem ter em conta as diferenças de cada idoso.” (Fernandes, 2000, p.47).

Para além do referido, poderá ainda verificar-se o risco de desintegração social aliada à falta de privacidade, perda de responsabilidade por decisões pessoais, pela implementação de rotinas rígidas, ausência de estimulação intelectual e espiritual, o que poderá contribuir, amplamente, para que a pessoa idosa perca amor-próprio, crie sentimentos de inutilidade e impotência, e desinteresse pelo mundo exterior (Fernandes, 2000).

Em contrapartida, a mesma autora salienta que alguns estudos indicam que os efeitos da institucionalização poderão não ser tão nocivos como, comumente, se supõe: o impacto provocado pela interacção social parece exercer uma importante influência sobre a auto-estima da pessoa, pelo aumento das oportunidades de interacção e de papéis sociais. Neste âmbito, Born (2002) enfatiza que uma instituição pode ser um local para viver com qualidade, desde que se reúnam alguns critérios essenciais, nomeadamente, implementar bom ambiente físico e humano, manter o respeito pela individualidade e privacidade, e valorização da autonomia da pessoa.

Apesar dos prós e contras, dado o recurso ascendente ao processo de institucionalização, Born (2002) refere que um dos riscos que se corre é criar locais de “despejo” de idosos, sem que haja valorização da vida humana, bem como, manutenção da dignidade da pessoa. O mesmo autor enuncia que como alternativa de combate ao referido emerge a tomada de decisão conjunta, isto é, solicitar a opinião da instituição e família em conjunto com a pessoa idosa, tendo em consideração a sua vontade (se a suas capacidades cognitivas assim o permitirem).

A visão conjunta da pessoa, família e sociedade parece apresentar um papel fundamental no combate a eventuais lacunas nos cuidados, potenciando

a aquisição de uma resposta mais adequada às necessidades do idoso e, conseqüentemente, uma melhor QV.

A implementação de uma campanha social responsável que alerta para a manutenção do auto cuidado, através da adoção de estilos de vida saudáveis pode potencializar a prevenção de incapacidades e retardar o recurso aos meios institucionais (Kalache, 2009).

### **3. QUALIDADE DE VIDA**

Qualidade de vida é um conceito que tem vindo a ser fortemente desenvolvido no campo de investigação mas que apesar de mais recentemente se recorrer à sua aplicabilidade, a sua origem remonta a 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 actualidade (Pimentel, 2006).

Historicamente, a origem do conceito de QV data de 1964 (década de 60) quando pela primeira vez foi abordado pelo presidente Lyndon Johnson que utiliza este termo associado à economia. Segue-se a década de 70 em que Augus Campbell se refere à QV como algo complexo de definir mas que desperta interesse. Após alguns anos de reflexão, na década de 80 percebe-se que este termo envolve diversas perspectivas como a componente biológica, psicológica, cultural e económica e remete o conceito de QV para um conceito multidimensional. Posteriormente, na década de 90, concluiu-se que para além de multidimensional, a QV comporta um carácter subjectivo uma vez que cada pessoa avalia a sua qualidade de vida de forma pessoal e sob diversas perspectivas (Leal, 2008).

Mediante a evolução histórica percebe-se que a definição de QV é algo que remete para uma complexidade de tal ordem que dificulta associar apenas a uma definição. No entanto, dada a importância do conceito na área da saúde e de modo a implementar um instrumento que pudesse “medir” a QV a OMS (1995) define QV como “a percepção que o indivíduo tem face à sua condição de vida no seu contexto cultural, no sistema de valores que comportam os seus objectivos, expectativas, padrões, preocupações...” (Molina, 2008, p.276), isto é, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença” (Pimentel, 2006, p.21).

Ainda, na óptica da OMS, o conceito de QV é influenciado de forma complexa pela saúde física do indivíduo, pelo seu estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças e pelas suas relações com aspectos do ambiente em que vive. Esta conjectura alerta para o facto da QV se referir a uma avaliação subjectiva, enquadrada num contexto cultural, social e ambiental específico (Canavarro & Serra, 2010).

Os mesmos autores referem que preocupação da OMS face a esta temática, deu origem à criação do grupo WHOQOL, com o objectivo de debater o conceito de QV e construir um instrumento para a sua avaliação transcultural. Neste sentido, o interesse generalizado pelo conceito e pelas suas aplicações a nível clínico, científico e político, permite perspectivar o desenvolvimento conceptual e metodológico nesta área. Este mesmo grupo refere que embora não haja uma definição consensual de QV, verifica-se a concordância no que respeita às vertentes deste conceito no âmbito da subjectividade, bipolaridade (dimensões positivas e negativas dos diversos factores intervenientes) e multidimensionalidade (WHOQOL Group, 1998).

Cada vez mais, se reconhece que a QV é um conceito subjectivo mas, no entanto, esta subjectividade não se apresenta na sua totalidade, isto é, há condições externas à pessoa como por exemplo o meio onde vivem, o trabalho e as próprias condições de vida, que influenciam a avaliação que a pessoa faz da sua QV. A característica bipolar da QV parece ser unânime na concordância do termo no que se refere à inclusão de aspectos relacionados com a capacidade funcional, funções fisiológicas, comportamentos afectivos e emocionais, interações sociais, condições económicas e de trabalho, quando centrados numa avaliação subjectiva da pessoa. Assim, a QV apresenta-se como um conceito multifactorial bem mais amplo do que apenas a presença ou ausência de doença. A multidimensionalidade da QV remete para uma construção de ordem social que contempla conhecimentos, valores, tradições, experiência dos indivíduos e da colectividade (Silva, 2009).

Na globalidade destas dimensões, para o mesmo autor, a complexidade do conceito de QV é analisado à luz de respostas subjectivas que as pessoas manifestam perante factores físicos, mentais e sociais que lhes surgem no dia-a-dia.

Em termos de definição, para Zhan cit in Silva (2009), a QV está associada ao equilíbrio entre energias positivas e negativas, integrando a

plenitude da vida assim como as potencialidades que distinguem o bem do mal. Deste modo, a natureza abstracta do conceito de QV explica porque a “boa qualidade” têm significados diferentes para cada tipo de pessoa, lugar ou situação, o que conduz a diferentes concepções de QV e faz com que até cada pessoa, de modo individual, tenha a sua própria definição. Para Vizcaíno e Munõz (1998) não existe um conceito de QV universal mas todos eles têm em comum um “handicap” que é a valorização que o indivíduo concebe acerca da sua própria QV.

Esta concepção pode levar à ambiguidade do termo e conseqüente dificuldade de análise e percepção do mesmo, o que aumentou o interesse pela construção de instrumentos que permitam tornar mensurável a QV e, numa visão mais alargada, poder contribuir para a detecção e/ou resolução de alguns problemas sociais associados a esta temática. Nesta perspectiva, Henriques e Sá (2007) salientam que a avaliação da qualidade de vida permite, essencialmente, monitorizar os indivíduos ao longo do tempo, possibilitando uma análise do impacto da idade, da doença ou do tratamento e Bennett e Murphy (1995) acrescentam que a qualidade de vida permite medir a saúde social, mental e física, bem como potencia a compreensão de processos adaptativos a situações de stress, a presença em redes sociais de apoio e de interacção social, satisfação com a vida, auto-estima, felicidade e condição física.

Atendendo à complexidade do conceito da QV e ciente de que o mesmo se aplica em diversos campos de saber, tanto em linguagem científica como linguagem quotidiana, entende-se a sua análise como um factor essencial de aplicabilidade na população em geral, bem como em qualquer faixa etária ou população específica (Zannon & Seidl, 2004).

Assim sendo e adaptando à realidade social de hoje, remete-nos para a avaliação da qualidade de vida dos idosos, os quais já viveram muitos anos e a sua visão da vida certamente gerou contornos diferentes dos esperados noutros tempos. Para Silva (2009), a percepção que a pessoa idosa têm acerca da sua QV explica, de certo modo, o seu contexto actual de vida com dimensões únicas e específicas da sua história de vida.

### 3.1. QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

De um modo geral, a QV integra aspectos da pessoa relacionados com a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, expectativas pessoais e aspectos ambientais (WHO cit in Kristen, 2006). Nos idosos, para além dos aspectos mencionados evidenciam-se os laços familiares, contactos e actividades sociais, saúde em geral e status de funcionalidade (Kristen, 2006). Obviamente, que apesar das demais definições, para a pessoa idosa este conceito também se revela de carácter subjectivo e multidimensional: depende do seu contexto e da sua condição de vida, e permite estruturar a forma como a pessoa encara esta etapa vital (Silva, 2009).

Para Paúl, Fonseca e Amado (2000), o acto de envelhecer pode ser encarado em diferentes perspectivas: por um lado pode acontecer activamente e de forma bem sucedida – em que a pessoa aceita e procura lutar contra os défices fisiológicos – ou, em contrapartida, acontece inactivamente, de um modo incapaz – em que a autonomia apresenta limitações pela situação de doença e contexto onde vive. Esta condição de vivenciar um processo de vida que geralmente comporta uma série de défices pode interferir, inevitavelmente, em termos de percepção de QV, até porque segundo Hortelão (2004), aos olhos da maioria dos idosos o envelhecimento é encarado como algo destrutivo, condicionando a forma como as pessoas encaram esta fase de vida.

A população idosa, dadas as suas limitações a diferentes níveis bem como a aquisição de uma série de experiências, parece ser uma população especialmente interessante para se perceber a forma como percebem a sua QV. Nesta óptica, este fenómeno não deve ser analisado de forma isolada: não se envelhece só, é-se sempre idoso relativamente a um passado e em relação aos outros. Envelhecer com qualidade requer criatividade, na forma como se reage às pressões ambientais e se mobilizam recursos adquiridos ao longo da vida, numa luta interna com o físico e externa com a sociedade (Hortelão, 2004).

Para alguns autores, a QV do idoso direcciona-se essencialmente para aspectos relacionados com a saúde, estando associada ao sentido de bem-estar ou satisfação pela manutenção da capacidade física, intelectual e grau de

capacidade em participar em actividades familiares, na comunidade ou no trabalho (Anderson cit. in Henriques & Sá, 2007). No entanto, para outros o conceito revela-se mais abrangente e multifactorial, evidenciando aspectos como: características pessoais – aparência, raça, idade, história de vida, satisfação e acontecimentos críticos de vida; atitude pessoal – auto-controlo, satisfação com autonomia e capacidades de decisão e controlo; saúde – percepção de saúde, história de saúde, medicação e acessos aos recursos de saúde; funcionalidade – desenvolver actividades de vida diárias, habilidade para receber e prestar cuidados a outros; ambiente – espaço de habitação e com acesso fácil a serviços; recursos económicos; recreação e actividades lúdicas – ocupação dos tempos livres, actividades dentro e fora de casa e contactos com organizações; apoio familiar – papel da família, localização dos membros familiares, nível de contacto e qualidade das relações; relações comunitárias – relações significativas, oportunidade para expressar emoções, contactos físicos, sociais e sexuais; suporte Social – extensão/limitação do suporte social e estabilização das relações (Henriques & Sá, 2007).

Ainda numa perspectiva multifactorial, Ferrans e Grant cit in Kristen (2006) apresentaram um modelo de QV que tenta explicar o conceito de QV nos idosos à luz de quatro vertentes essenciais: bem-estar físico, bem-estar psicológico, bem-estar social e bem-estar espiritual. Esta ideologia baseou-se em directrizes propostas pela OMS, que identifica aspectos individuais e sociais como determinantes para a saúde e QV da pessoa idosa.

Para Cress (2007), a qualidade de vida da pessoa idosa assenta, igualmente, em quatro variáveis essenciais: física, intelectual, espiritual e emocional: a pessoa necessita arranjar um equilíbrio entre as quatro vertentes de forma a atingir um bem-estar que lhe permite adquirir a percepção de alcance de qualidade de vida.

Em complemento, Neri cit in Silva (2009) refere-se ao conceito da QV dos idosos como um conceito que apresenta na sua multidimensionalidade três aspectos essenciais. Em primeiro lugar, percebe-se que a QV no idoso depende da interacção de vários factores de ordem biológica, psicológica, social e espiritual; em segundo lugar, percebe-se a QV como um produto de uma história interacional entre o indivíduo e a sociedade; e, em terceiro lugar, a QV da pessoa idosa surge da comparação de critérios objectivos e subjectivos (normas e valores) igualmente sujeitos a alterações no decorrer dos tempos.

Assim sendo, e analisando a QV do idoso de um modo holístico, importante será analisar a capacidade que a pessoa detém para solucionar problemas e lutar contra a adversidades ambientais no decorrer da vida (Símon, 1999), que lhe proporcionem uma velhice tão longa e saudável quanto possível, de modo a que as suas limitações lhe permitam gerir a sua vida de modo autónomo e sem recurso institucional (Silva, 2009).

### 3.2. QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

O conceito de institucionalização da pessoa idosa é definido como um recurso a serviços sociais de internamento do idoso (Cardão, 2009). A mesma autora defende que o ambiente institucional pode oferecer uma base segura, adaptada às necessidades da pessoa idosa, deixando que a mesma possa manifestar a sua personalidade através da preservação das capacidades individuais que lhe proporcionam bem-estar. Para a pessoa internada, esta condição por si só pode gerar sentimentos desagradáveis como por exemplo: a perda de liberdade, abandono dos filhos, aproximação da morte, prestação de cuidados por parte de desconhecidos, enquanto os seus familiares acreditam que esta situação será uma mais-valia para o convívio e tratamentos básicos e de saúde (Born, 2002).

As instituições destinadas a idosos, geralmente são associadas a sentimentos negativos, independentemente das condições físicas, humanas e relacionais que nelas se estabelecem. Pessoas que recorrem a estes locais de forma temporária ou definitiva integram um estereótipo de “velho dependente” do qual receiam e prevêem viver os últimos tempos de vida, rodeados de pessoas dependentes e ausentes de tudo aquilo que lhes é familiar (Netto, 1997).

A institucionalização é, assim, encarada como uma situação geradora de stress, o que conduz o idoso a transformações a diversos níveis (Silva, 2009). Evidentemente, a forma como a pessoa encara a condição do internamento numa instituição varia de pessoa para pessoa e, segundo Figueiredo (2007), parece estar intimamente associada ao conceito de perda, que a mesma autora denomina esta transformação de “*rede social pessoal*”, ou seja, a perda da

totalidade de vínculos que a pessoa apresenta aos mais diversos níveis: social, espiritual e ambiental.

Na actualidade, a institucionalização, ainda, é vista como um recurso formal que surge aquando as redes informais não conseguem solucionar os problemas, isto é, quando o meio social de familiares e amigos não consegue dar resposta ao grau de dependência de cuidados que a pessoa idosa exige (Pimentel, 2001). A mesma autora refere que para a população mais idosa aspectos como o ingresso num lar ou qualquer outra instituição deste tipo pode desencadear um quadro de frustração e revolta, associado a sentimentos de perda, abandono e dependência, aspectos que condicionam largamente a sua QV.

Fernandes (2000) salienta que o facto da pessoa não poder efectuar sem ajuda (porque é idosa ou outro motivo) as principais actividades de vida, quer sejam físicas, psíquicas, sociais ou económicas, torna-a dependente.

A pessoa idosa vê, assim, a sua qualidade da vida limitada por aspectos de ordem pessoal como a ausência de apoio familiar, isolamento, solidão, inactividade, alteração de estatuto e perda de prestígio, sentimento de vida passiva e inutilidade, bem como aspectos de ordem institucional como submissão a normas, horários e regras iguais para todos (Cabete, 1999).

Para esta autora, a adaptação à instituição por parte dos idosos, numa fase inicial, é sempre alvo de angústia. Posteriormente, a adaptação bem-sucedida à institucionalização dependerá não só de aspectos individuais da personalidade como também de factores ambientais privilegiados pela cultura e rede institucional. Assim, a qualidade de vida da pessoa institucionalizada parece estar, intimamente, relacionada não só com aspectos pessoais mas essencialmente sociais e ambientais, até porque em contexto institucional o idoso perde sempre grande parte do controlo da sua vida (Berger & Mailloux, 1995), na medida em que as condicionantes institucionais encorajam os idosos à dependência.

A ausência de profissionais de saúde qualificados, bem como o excesso de trabalho e condições físicas e humanas insuficientes muito têm contribuído para a percepção de má qualidade de vida dos idosos em instituições (Cabete, 1999). A escassa formação na área gerontológica dos profissionais condicionam a devida abordagem e intervenção junto de um grupo de vulnerabilidade extrema como são os idosos (Costa, 1998). A necessidade

emergente de cuidados associados ao processo de senescência remete-nos para um conceito cada vez mais actual de “cuidados continuados”, os quais incluem uma avaliação global do estado da pessoa, incluindo a participação do idoso e da família na qualidade dos mesmos (Berger & Mailloux, 1995). Neste campo, ocorre um enfoque em funções autónomas do idoso, susceptíveis de assegurar bem-estar e de lhes conferir qualidade de vida (Costa, 2002).

#### 4. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

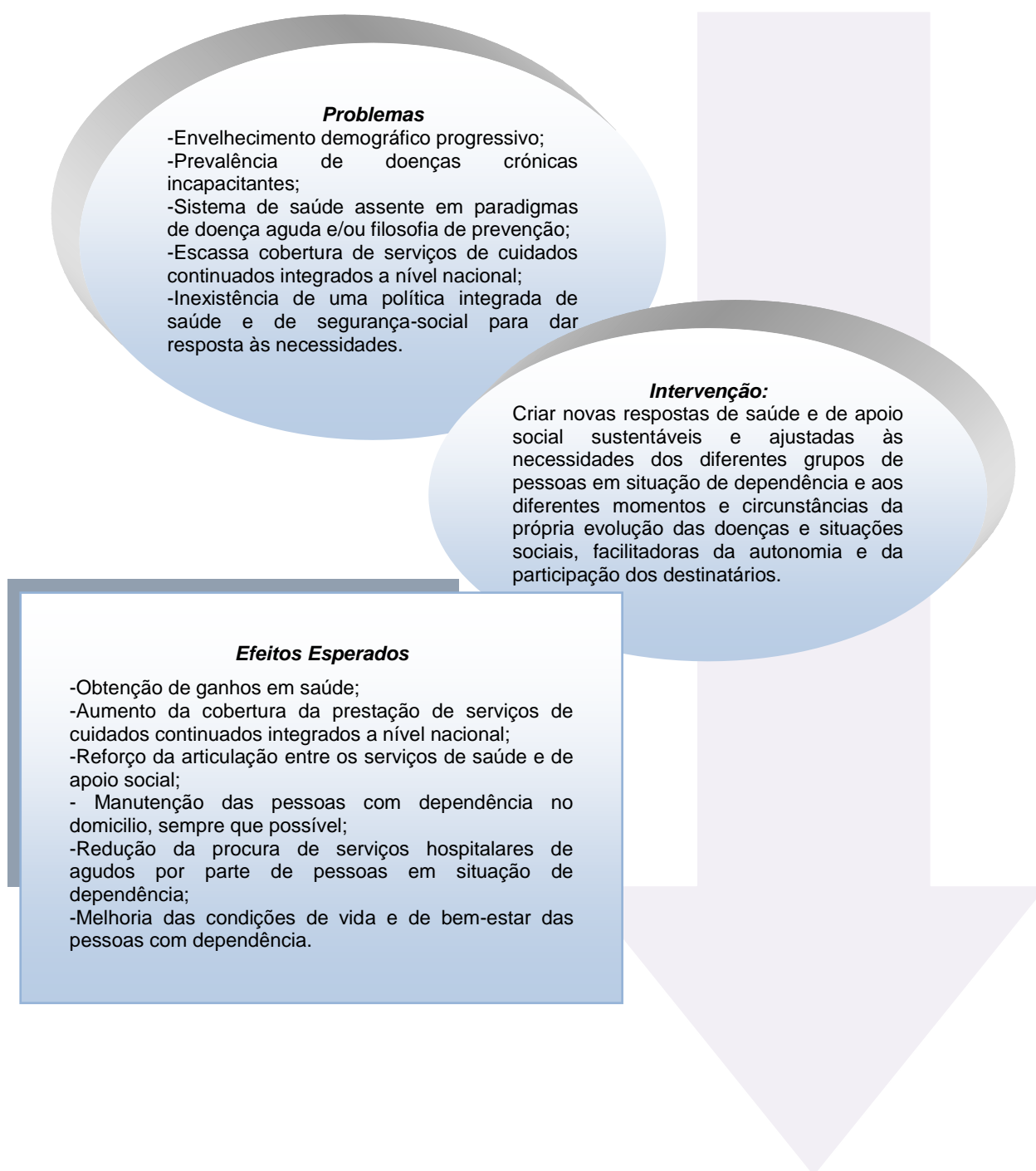
A sociedade actual, face às novas necessidades, carece de apoios a diversos níveis e principalmente nas faixas etárias mais elevadas. O debate que se tem gerado em torno da problemática do envelhecimento conduziu à criação de novas redes de apoio aos idosos dependentes. Nesta faixa etária, a dependência é algo que gera uma grande sobrecarga para as famílias e a sociedade em geral, nomeadamente aos hospitais que se vêem confrontados com situações de carácter social e de saúde que após a fase aguda da doença necessitam de apoios e recursos para que a pessoa consiga reintegrar-se (Kalache, 2009).

Ciente de todos estes problemas e na tentativa de dar resposta aos mesmos foi concebido um projecto denominado de Rede Nacional de Cuidados Continuados, tendo este a finalidade de “ *criar um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social que capacitem os seus utentes no sentido da promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pertence reabilitar e informar os utentes.*” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2007, p.7).

A RNCCI foi instituída no ano de 2006, declarada em diário da república com decreto-lei n.º 101/2006 e visa, essencialmente, dar uma resposta adequada e sustentável aos problemas detectados no âmbito da saúde e segurança-social através de uma actuação específica (Guerreiro, 2009), como se pode analisar na Figura n.º 2.

De um modo geral, os cuidados continuados integrados fundamentam-se numa gestão de cada caso de forma individualizada procurando identificar os principais problemas da pessoa e adaptar um plano de cuidados adaptado (Guerreiro, 2009). A RNCCI pode ser requisitada por qualquer pessoa em condição de dependência mas actualmente o que se verifica é um aumento considerável da procura de cuidados por parte dos idosos (Cabete, 1999).

**Figura n.º 2 - Esquema de actuação da RNCCI**

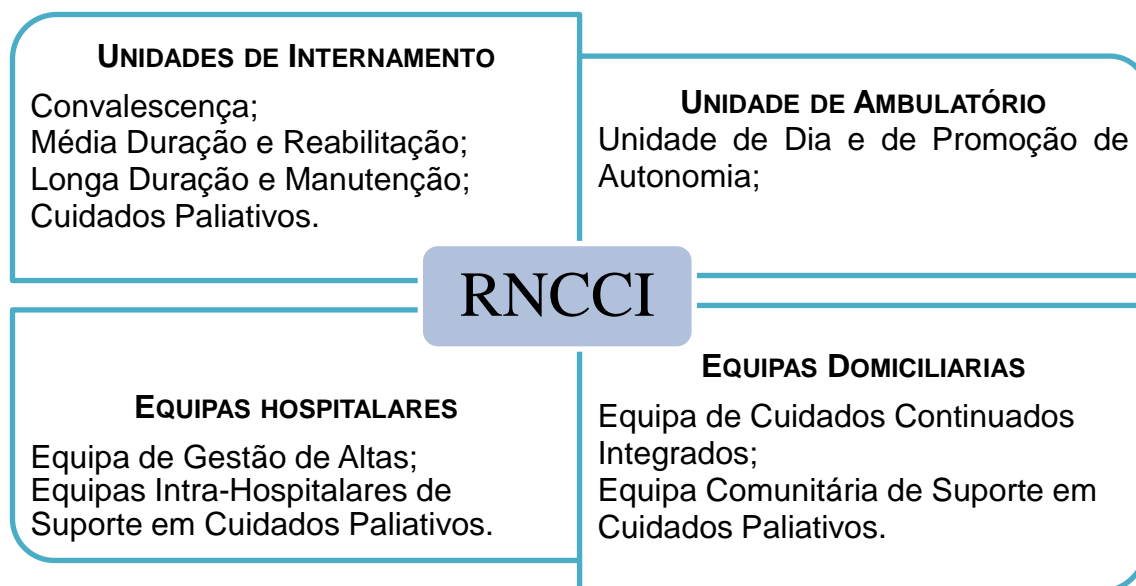


Fonte: adaptado de Guerreiro (2009)

A promoção da continuidade dos cuidados pode representar uma diminuição de custos pessoais, sociais e económicos quer para o doente, quer para a família e sociedade, na prevenção de complicações e internamentos

hospitalares recorrentes (Augusto e Carvalho, 2005). Assim sendo, a rede direccionou os cuidados a prestar mediante o nível de dependência da pessoa através de quatro tipos de actuação. A Figura n.º 3 ilustra esses tipos de resposta de cuidados

**Figura n.º 3 – Tipos de resposta da RNCCI**



Fonte: Guerreiro (2009)

As **Unidades de Internamento**, como o próprio nome indica direccionam a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional cuja recuperação requer internamento, mais concretamente:

**UC** – tem como finalidade estabilização clínica e funcional de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos;

**UMDR** – visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 e 90 dias;

**ULDM** – apresenta como finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência num período de internamento superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos

crónicos que apresentem um grau de complexidade incapaz de ser cuidado em domicílio.

**UCP** – destinam-se a doentes em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo.

As **Equipas Hospitalares** são constituídas pela Equipa de Gestão de Altas e Equipas hospitalares de cuidados paliativos. No primeiro caso, esta equipa assegura a articulação dos cuidados do doente que deixa de necessitar de internamento hospitalar e carece de apoios a outros níveis.

As **Equipas Domiciliárias** dão apoio à pessoa em âmbito domiciliário através das equipas mencionadas.

A **Unidade de Ambulatório** dá resposta à pessoa através das Unidades de Dia e Promoção de Autonomia.

Mediante a crescente procura de cuidados de saúde por parte dos idosos, emerge a criação de estruturas capazes de dar resposta às necessidades dos mesmos, nomeadamente a RNCCI que não sendo direccionada unicamente a faixas etárias mais avançadas. Em 2008, a nível nacional os indicadores de taxas de ocupação de camas nestas unidades evidenciam uma adesão bastante significativa por parte da população idosa, o que se traduz em cerca de 80% da totalidade da população (Machado, 2009).

#### 4.1. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DO ALGARVE

A nível regional, a tipologia de intervenção acontece sob as mesmas directrizes, anteriormente mencionadas para a actuação nacional. Neste caso, a coordenação da rede fica assegurada pela Equipa de Coordenação Regional de Cuidados Continuados do Algarve e apresenta três equipas de coordenação local: Sotavento, Central e Barlavento.

As Unidades de Internamento distribuem-se por diferentes locais e variam na capacidade da lotação para internamento como se apresenta na Tabela n.º 1.

As Equipas hospitalares estão presentes no Hospital de Faro, Hospital do Barlavento Algarvio e Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul

através das equipas de gestão de alta, ao passo que as equipas hospitalares de cuidados paliativos apenas se encontram nas duas entidades hospitalares mencionadas: Hospital de Faro e Hospital do Barlavento Algarvio.

As Equipas domiciliárias verificam-se em toda a região, mas as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos apenas ocorrem no sotavento algarvio.

**Tabela n.º 1** – Unidades de Internamento existentes na RNCCI do Algarve: local e lotação

Tipologia	Local	N.º de camas
UCP	Portimão	10
UC	Loulé	20
	Portimão	19
	Lagos	11
UMDR	Portimão	26
	Tavira	20
	Olhão	28
ULDM	Vila Real de Santo António	18
	Santa Catarina Fonte do Bispo	33
	Faro	30
	Albufeira	20
	Algoz	30
	Silves	20
	Estombar	32

FONTE: Ministério da Saúde (2011)

## 5. IDOSO INSTITUCIONALIZADO: QUE QUALIDADE DE VIDA? - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

O desenvolvimento social, económico, tecnológico e científico que se acentuou no final do século passado resolveu uma série de problemas de saúde mas, em contrapartida, potenciou a longevidade, isto é, o aumento de pessoas com idades mais avançadas (Araújo, Paul e Martins, 2010). Face a este acontecimento, muitas pessoas viram-se confrontadas com mais anos de vida mas nem sempre acompanhados de capacidades físicas e mentais que lhe confirmam uma total independência para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia. O recurso à institucionalização parece ser, cada vez mais uma realidade actual quando o apoio familiar tende a desvanecer-se. Nestes casos, resta o apoio social para assegurar a manutenção das necessidades essenciais da pessoa idosa (Betinelli, Portella & Pasqualotti, 2008).

A inquietação de questões emergentes acerca desta temática origina a realização desta revisão literária, a qual consiste numa base científica que se rege pela identificação, avaliação e síntese dos resultados mais relevantes provenientes de estudos individuais. Através da análise de diferentes estudos a revisão sistemática da literatura permite extrair relações precisas e fornecer dados e conclusões fiáveis (Craig & Smyth, 2004).

Antes de passar a fase concreta da pesquisa tornou-se essencial determinar o objectivo da revisão da literatura. Assim, delineou-se como propósito central evidenciar a influência da institucionalização na qualidade de vida dos idosos. Decorrente do objectivo surge a questão: “*Qual a Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados?*”, a qual se pretende responder mediante a revisão sistemática da literatura. Para este efeito, incluíram-se os estudos que fizessem referência à qualidade de vida do idoso e processos de institucionalização em pessoas idosas, permitindo direccionar a pesquisa para a questão que se propôs.

Os critérios de inclusão dos estudos atenderam às datas mais recentes,

isto é, compreendidos entre 2005 e 2010, e que respeitassem aos parâmetros específicos **PICOS** (**P**articipantes-**I**nterventions-**C**omparisons-**O**utcomes-**S**tudydesign). Esta nomenclatura permite direccionar a análise estudo para o essencial do estudo e segue as directrizes preconizadas pelo Centre for Reviews and Dissemination (2009). Em contrapartida, foram excluídos do estudo artigos não científicos, com data de publicação inferior a 2005, onde a qualidade de vida do idoso não fosse o elemento central em análise ou estudo, que fossem livros, teses ou dissertações.

Dada a selecção dos critérios de inclusão/exclusão seguiu-se a atribuição de termos de ajuda na pesquisa, de forma a direccioná-la efectivamente para o objectivo inicial, sendo eles: *Old people, aged, elderly, quality of life, aging, institutionalized elderly, social support*. Para este efeito foi efectuado uma pesquisa electrónica através das seguintes bases de dados: B-On; Medline; Sage Online; EBSCOhost; Cinahl; Scielo – Scientific Library Online; PubMed; Cochrane; Interscience. Para complementar a informação obtida nestes motores de busca electrónica ainda foi efectuada uma pesquisa no Google. Após a investigação online e atendendo ao objectivo central foram, inicialmente, seleccionados 49 artigos, dos quais constam 19 (provenientes de fonte primária) para efectuar a actual revisão sistemática da literatura. Os artigos seleccionados são apresentados na Tabela n.º 2, que se segue, mediante os critérios previamente utilizados para a selecção: título, autor, data de publicação, participantes, intervenientes, comparações e resultados e tipo de investigação.

**Tabela n.º 2 – Resultados dos Artigos Seleccionados**

Título	Autor (es)		Participantes	Intervenientes	Comparações/Resultados	Tipo de Investigação
	Data de Publicação					
“A Qualidade de Vida de Idosos Institucionais em Lares”	Almeida e Rodrigues (2008)	Idosos pertencentes a quatro instituições do Concelho de Lamego N=93 (Portugal)	Instrumentos utilizados: - Formulário bio-relacional; - Grelha de avaliação da QV; - Índice de Kartz	Neste estudo, a maioria dos idosos são do género feminino, o que aumenta para as mulheres o risco de recurso à institucionalização. As causas mais frequentes deste fenómeno são: solidão e problemas de saúde. Com o aumento da idade a QV decai e os idosos com problemas de saúde tendem a isolar-se.	Quantitativo	

Título	Autor (es)		Intervenientes	Comparações/Resultados	Tipo de Investigação
	Data de Publicação	Participantes			
“Quality of Life after stroke in old age: comparison of persons living in nursing home and those living in their own home”	Brajkovic e Godan (2009)	Idosos institucionalizados com apoio de enfermagem (30) vs idosos residentes em suas próprias casas (30) N=60 (Croácia)	Aplicados dois instrumentos: - Questionário Sociodemográfico; - Escala Whoqol-bref	De um modo geral os idosos que vivem nas suas próprias casas apresentam uma QV inferior aos que residem em casas com apoio de enfermagem contínuo. No que diz respeito à QV sob análise de domínios, verifica-se que os idosos que vivem nas suas próprias casas apresentam baixa de QV na interação psicológica e relacional. Ao passo que os aspectos ambientais e físicos parecem apresentar importante relevância em ambos os grupos.	Quantitativo
“Important issues to quality of life among Norwegian older adults: an exploratory study”	Kalfoss e Halvorsrud (2009)	Idosos noruegueses em dois contextos: não-hospitalizados (n=287) e hospitalizados (n=92) N=379 (Noruega)	Utilizados os seguintes instrumentos: - Escala de QV: Whoqol-100; - Questionário Sociodemográfico	Para ambos os contextos verifica-se a saúde como aspecto mais valorizado pelos idosos referente à sua QV. No caso, dos idosos hospitalizados as questões centrais da QV passam pelo bem-estar emocional, facilidade nos transportes e recepção de adequado apoio social; ao passo que os idosos não-institucionalizados salientam aspectos como: existência de trabalho, atitudes positivas, valores pessoais e participação activa na comunidade.	Quantitativo
“Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan”	Lai et al (2005)	Idosos da cidade de Taiwan que residem em instituições de longa permanência N=465 (China)	Instrumentos: - Questionário Sociodemográfico; - Escala de QV: Whoqol-bref; - Rating scale; - Time-trade-off utility measurement	No presente estudo os idosos que reside em instituições não atribuem grande relevância à sua vida e apresentam altos níveis de sentimentos negativos. O estudo revela que a QV dos idosos aumenta com escolaridade, boa condição física e contacto com familiares e amigos; em contrapartida, diminui com a presença de doenças crónicas. O domínio mais significativo é o físico, o que enfatiza a ideia de que a prevenção de incapacidades é uma questão fulcral para os idosos institucionalizados.	Quantitativo
“Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity”	Levasseur, Desrosiers e Tribble (2008)	Idosos em domicílio com distintos graus de limitação física (nenhuma, pouca/moderada e moderada/severa) N=156 (Canadá)	Instrumentos: - Quality of life index	Com o intuito de analisar a relação existente entre a QV dos idosos com os seus hábitos de vida e ambiente que o rodeia. A QV dos idosos é afectada tanto mais quanto maior for o seu nível de limitações físicas. A família apresenta-se como um factor relevante potenciando a QV em todos os graus.	Quantitativo

Título	Autor (es)		Intervenientes	Comparações/Resultados	Tipo de Investigação
	Data de Publicação	Participantes			
“Relationship between intensity of physical activity and health-related quality of life in Portuguese institutionalized elderly”	Lobo et al (2008)	Idosos da cidade do Porto que residem em instituições de longa permanência N=185 (Portugal)	Aplicados os seguintes instrumentos: - Questionário Sociodemográfico; - Exame físico e psicológico; - Escala de QV: SF-36	A grande conclusão deste estudo passa por evidenciar os benefícios da actividade física nos idosos. O facto de os idosos praticarem exercício releva vantagens relativamente à não execução de actividade. No entanto, a melhor vertente parece estar associada à prática de exercício moderado, conferindo mais benefícios para a saúde física e redução de dor associada a doença nos idosos institucionalizados.	Quantitativo
“Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da metrópole de Porto Alegre”	Morais e Sousa (2005)	Idosos activos pertencentes a uma cidade N=400 (Brasil)	Aplicação de escalas: - Flanagan - Whoqol-100	Para os idosos em geral a família é o principal suporte social a potenciar o envelhecimento bem sucedido. No que refere às idosas mulheres salienta-se como relevante o conforto material, bem-estar físico, imagem corporal e aparência, auto-estima, sucesso nos relacionamentos interpessoais, crenças sexualidade, espiritualidade e suporte social; nos homens evidenciam-se as relações sociais e as crenças.	Quantitativo
“Health status and quality of life among older adults in rural Tanzania”	Mwanyangala et al (2010)	Idosos de uma população rural da Tanzânia N=8206 (Tanzânia)	Aplicado um questionário: - WHO survey on Adult health and global ageing	A QV desta população reduz de forma significativa mediante o aumento de idade da pessoa. A QV esta, ainda, relacionada com o sexo e é mais significativa nos homens do que nas mulheres. O facto de ser casado e não ser muito idoso também influencia positivamente a QV.	Quantitativo
“Quality of Life at older ages: evidence from the english longitudinal study of aging”	Netuveli et al (2006)	Idosos não institucionalizados N=11234 (Inglaterra)	Instrumento utilizado: - CASP-19	Os aspectos que se evidenciam como capazes de influenciar negativamente a QV dos idosos são: pobreza, depressão, limitação física e doença. Em contrapartida, realçam-se como factores positivos da QV as relações familiares e de amizade e a boa vizinhança.	Quantitativo
“Quality of Life and Multimorbidity of elderly outpatients”	Nóbrega et al (2009)	Idosos com doenças crónicas com capacidades cognitivas e físicas intactas, seguidos em instituições prestadoras de cuidados primários N= 104 (Brasil)	Aplicação de dois instrumentos: - Escala de QV: Whoqol-bref; - Escala de multimorbidade (adaptada a idosos)	Nestes idosos, a QV é afectada pela multimorbidade nos domínios: físico e psicológico. Quanto à idade parece não apresentar qualquer influência na QV dos idosos com doença crónica mas no que respeita à auto-percepção da doença percebe-se que este último é um indicador relevante.	Quantitativo

Título	Autor (es)		Participantes	Intervenientes	Comparações/Resultados	Tipo de Investigação
	Data de Publicação					
“The relationship between risk factors for falling and quality of life in older adults”	Ozcan et al (2005)		Idosos institucionalizados com apoio contínuo de enfermagem N=116 (Turquia)	Instrumentos: - Provas físicas de avaliação de factores de risco de queda: equilíbrio, reacção funcional, medo da queda, força muscular e flexibilidade; - Escala abreviada de QV: SF-12	Não há relação entre a QV do idoso e a respectiva idade mas, em contrapartida, apresenta relevância quando relacionada com os factores relacionados com quedas. A diminuição do equilíbrio e perda de capacidade funcional estão associados à baixa de QV. De um modo geral, excepto a flexibilidade que não apresenta qualquer influência, todos os outros factores de risco de queda nos idosos afectam significativamente a sua QV,	Quantitativo
“Qualidade de Vida global de idosos ”	Pereira et al (2006)		Idosos da região de Teixeiras N=211 (Brasil)	Instrumentos: - Questionário Sociodemográfico; - Escala Whoqol-bref	Neste estudo, a QV dos idosos está marcada no domínio físico. A capacidade funcional da pessoa é o factor mais significativo a considerar na sua QV; ao passo que no domínio psicológico apresenta uma menor relevância para estes idosos. No âmbito social, não se verifica contribuição significativa. O domínio ambiental apresenta-se como o segundo mais relevante para a QV global do idoso.	Quantitativo
“Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs ”	Plati et al (2006)		Idosos em instituição divididos em três grupos: idosos institucionalizados (n=37); idosos institucionalizados com actividade (n=37) e idosos institucionalizados sem actividade (n=46) N=120 (Brasil)	Instrumentos utilizados: - Escala de Depressão Geriátrica; - Mini-exame de estado mental; - Teste de fluência verbal; - Teste Hooper; - Teste Nomeação de Boston	Neste estudo, os idosos institucionalizados apresentam uma forte relação com a manifestação de sintomas depressivos. Não existem diferenças significativas no que refere à existência/ inexistência de actividade nestes idosos. No entanto, a actividade apresenta relevância quando analisada a função cognitiva do idoso, apresentando maior impacto nos idosos institucionalizados com actividade. No que refere à fluência verbal esta apresenta correlação inversão com a depressão, isto é, quanto maior a fluência verbal do idoso menor a possibilidade de sintomatologia depressiva.	Quantitativo
“Quality of Life in patients aged 80 or over after ICU discharge”	Tabah et al (2010)		Idosos com idades superiores a 80 anos, um ano depois de estarem em condição de internamento hospitalar com necessidade de cuidados intensivos N=106 (França)	Foram utilizados os seguintes instrumentos: - Índice de Kartz; - Escala Whoqol-bref; - Escala Whoqol-old	Num estudo deste tipo, verificou-se uma taxa elevada de mortalidade e incapacidade de participação no estudo. Assim, face aos idosos disponíveis constata-se que aspectos como a sanidade mental, capacidade física, auto-suficiência individual e social são os aspectos que revelam estar associados a uma maior QV nestes idosos. Noutro domínio, as relações sociais bem como o ambiente e aspectos relacionados com a morte e o morrer também apresentam índices significativos de afectação da QV.	Quantitativo

Título	Autor (es)		Intervenientes	Comparações/Resultados	Tipo de Investigação
	Data de Publicação	Participantes			
“Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida”	Tahan e Carvalho (2010)	Entrevistas a idosos que pertencem a grupos de promoção de saúde N=10 (Brasil)	Análise de Conteúdo: entrevista individualizada com tema central de análise da auto-percepção da QV –	Segundo a análise das entrevistas percebe-se que a QV dos idosos é percebida como algo bom, relacionado com o facto de ter: saúde e bem-estar; convívio com outros (seja família ou amigos), participação em actividades de lazer, apoio social e condição financeira favorável.	Qualitativo
“Determinants of health-related quality of life in elderly in Theran, Iran”	Tajvar, Arab e Montazeri (2008)	Idosos da população da comunidade de Theran N=400 (Irão)	Aplicação da escala de QV: -SF-36	Nesta população, os idosos evidenciam os aspectos psíquicos como sendo mais relevantes para a sua QV quando relacionados com aspectos físicos. Para além disso, o aspecto económico e familiar são bastante significativos para a QV.	Quantitativo
“Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas”	Torres et al (2008)	Idosos residentes em condomínios vs idosos residentes em prédios N=276 (Chile)	Instrumento: - Escala de QV Whoqol-bref	Os idosos que vivem em condomínios apresentam maior QV. Em ambos os casos, a idade da pessoa apresenta valores significativos: quanto mais velho, mais vulnerável, com menor QV e consequente aumento do apoio familiar e recurso à institucionalização.	Quantitativo
“Qualidade de Vida na Terceira Idade: um conceito subjectivo”	Vecchia et al 2005	Idosos pertencentes a um município N=365 (Brasil)	Inquérito populacional (entrevista com questões abertas)	Ao avaliar a percepção dos idosos acerca da sua QV detecta-se que a terceira idade está relacionada com: questões afectivas e familiares; relações interpessoais; bens materiais e presença de um ambiente favorável.	Qualitativo
“Coping strategies, functional difficulties, and associated factors in institutionalized elderly”	Vivian e Argimon (2009)	Idosos residentes em lares na cidade de Porto Alegre N=103 (Brasil)	Instrumentos: -Questionário Sociodemográfico; -Escala de AVD's; -Mini-exame de estado mental; - Breve entrevista neuropsiquiátrica; -Inventario de estratégias de coping; -Escala de depressão geriátrica	As estratégias e variáveis associadas utilizadas por idosos institucionalizados com défices de funcionalidade variam mediante os seguintes factores: sintomas depressivos, sexo, idade, estado civil e percepção da saúde. No que refere ao sexo, os homens apresentam melhores estratégias de resolução de problemas; na percepção da saúde, a generalidade dos idosos (ambos os sexos), consideram-na como má. Verifica-se a associação entre a existência de um nível reduzido de sintomas depressivos quando utilizada a estratégia do suporte social, isto é os idosos com apoio nomeadamente os casados apresentam benefícios para a condição geral do idoso institucionalizado.	Quantitativo

Dados os estudos mencionados, pode afirmar-se que as fontes supra-citadas permitem dar resposta à pergunta de partida e, deste modo, perceber de forma mais abrangente o conceito qualidade de vida na pessoa idosa e o impacto do processo da institucionalização nos mesmos.

Face aos resultados obtidos, a QV do idoso pode ser afectada por diversos factores de âmbito psicológico, emocional, físico e ambiental. Segundo Vecchia et al. (2005) o conceito de QV na terceira idade está directamente relacionado com questões afectivas e familiares, bens materiais e presença de um ambiente favorável. Esta apresenta-se como um bem essencial para o idoso e é percebida como algo de bom, relacionado com a existência de saúde e bem-estar, relação social activa e condição financeira favorável (Tahan et al., 2010). Em contrapartida, aspectos como a pobreza, depressão, limitações físicas e doença parecem limitar fortemente a QV dos idosos (Netuveli et al., 2006).

Na óptica de Mwanyangala et al. (2010) a QV do idoso reduz de forma significativa mediante o aumento da idade, isto é, quanto mais anos menor a QV e face a esta referência Torres et al. (2008) defendem que, com o aumento da idade, a pessoa fica mais vulnerável e necessita com maior frequência de apoio social, o que poderá conduzir à institucionalização.

Outro aspecto a considerar é a condição física do idoso que surge como um dos factores mais significativos aquando a avaliação da QV e segundo Levasseur, Desrosiers e Tribble (2008) quanto maior a limitação física que a pessoa apresente, maior será a sua implicação negativa na QV. Neste âmbito, Pereira et al. (2006) realçam que a capacidade funcional do idoso é o aspecto mais significativo a considerar na QV e Ozcan et al. (2005) acrescentam que a diminuição da capacidade física está fortemente relacionada com o risco de queda, o qual condiciona fortemente a QV do idoso. Assim sendo, a QV parece estar directamente associada à capacidade de locomoção dos idosos e quando esta se evidencia sob a ausência de suporte social aumenta o declínio da QV da pessoa (Toscano & Oliveira, 2009).

No que se refere ao suporte social, para Morais e Sousa (2005), a família é o principal apoio facilitador do envelhecimento bem-sucedido, aspecto que também se evidencia no estudo de Tajvar, Arab e Montarezi (2008) que a par com o rendimento económico salientam o aspecto familiar como bastante significativos para a QV.

A espiritualidade nos idosos, apesar de ser um tema facilmente associado a esta faixa etária, apenas se evidencia num dos estudos, ou pelo menos (apenas) neste se revela significativa através de aspectos relacionados com a morte e o morrer que se apresentam com índices elevados de correlação à QV do idoso (Tabah et al, 2010).

Por outro lado, no estudo elaborado por Kalfoss e Halvorsrud (2009), a saúde é o aspecto central para a QV e verificam-se diferenças entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados. Para Almeida e Rodrigues (2008) as causas mais frequentes de recurso à institucionalização nos idosos passam por aspectos como: solidão e problemas de saúde. Para os idosos portadores de doença crónica, a auto-percepção da doença assume uma relevância significativa na QV (Nóbrega et al., 2009).

Apesar de, genericamente, se encarar o processo de institucionalização como algo negativo, a verdade é que no estudo elaborado por Brajkovic e Godan (2009) verifica-se uma maior QV nos idosos institucionalizados, os quais apresentam uma maior interacção psicológica e relacional. A percepção do idoso institucionalizado face à sua QV varia com aspectos como sintomas depressivos, género, idade, estado civil e percepção da saúde. Se bem que estes aspectos podem ser atenuados quando se verifica um suporte social significativo associado ao idoso (Vivian & Argimon, 2009).

Perante o facto das pessoas se encontrarem em condição de institucionalização há uma serie de factores que podem influenciar a QV do idoso. Plati et al. (2006) realça a condição física como um factor promotor de QV, assim como Lobo et al. (2008) concluem que a presença de exercício físico nesta população para além de contribuir para o aumento da QV melhora a saúde física do idoso e diminui a dor associada a doença crónica. Por fim, Lai et al. (2005) salientam que de facto a doença crónica é o aspecto que os idosos institucionalizados consideram como maior limitação da QV mas em contrapartida realçam aspectos como a escolaridade, boa condição física e presença de família e amigos como fortes aliados da QV.

De um modo geral, todos os estudos aqui analisados permitem uma síntese das preocupações inerentes ao processo de envelhecimento e que de um modo geral apresentam um impacto significativo na vida diária da pessoa idosa.

## **PARTE II - METODOLOGIA**

## **1. PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO**

A sociedade actual depara-se com factores como a redução da natalidade, aumento da esperança média de vida e emancipação da mulher o que tem provocado alterações significativas em todos os países desenvolvidos, que se traduz numa população cada vez mais envelhecida e provoca um impacto significativo a diversos níveis, nomeadamente a nível político, económico e sobretudo social.

Em Portugal, esta problemática parece tender a acentuar-se e nos últimos quinze anos e, segundo dados estatísticos do INE (2008), a população idosa com mais de 65 anos aumentou em cerca de 34,6% e no ano de 2007 verificou-se um índice de envelhecimento de 116 indivíduos com mais de 65 anos por cada 100 jovens, o que representa, como já referido, uma população activa em declínio e uma população idosa em ascensão, prevendo-se, como já referimos, uma elevação do índice de dependência dos idosos.

Estes índices de dependência vieram trazer às famílias e à população em geral desafios para os quais não estavam preparados. Apesar do processo de envelhecimento ser algo natural inerente ao ciclo de vida que comporta progressivos défices e limitações é necessário adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas (Ministério da Saúde, 2004). Mas como nem sempre é possível obter as condições favoráveis e adaptadas à condição da pessoa idosa recorre-se à institucionalização. Esta parece comportar um conceito negativo para a maioria dos idosos mas surge como um meio, cada vez mais, utilizado pela maioria das famílias e, neste âmbito, importa avaliar a percepção da pessoa face a este recurso (Cardão, 2009).

Para além das famílias, os esforços políticos têm vindo a manifestar-se como tentativa de resposta face às novas necessidades populacionais, sendo a RNCCI prova disso mesmo, a qual procura dar o apoio necessário às pessoas em condição de dependência (Ministério da Saúde, 2011).

Mediante esta problemática, surge a pergunta de partida da investigação: “Quais os factores que interferem na Qualidade de Vida da pessoa idosa institucionalizada na RNCCI do Algarve?”.

O presente estudo debruça-se sobre a QV em idosos, inseridos em diferentes tipologias da RNCCI, pretendendo explorar aspectos que interferem potencialmente na percepção deste conceito.

## **2. OBJECTIVOS DO ESTUDO**

No processo de investigação os objectivos do estudo revelam de forma precisa o que o investigador tenciona fazer (Fortin, 2003). Ciente desta definição e atendendo ao facto da autora contactar diariamente com a realidade do idoso institucionalizado no seu contexto de trabalho como enfermeira, define-se como objectivo geral: Avaliar a Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do Algarve.

Perante a especificidade do ser humano, a percepção que cada um concebe acerca da condição de internamento numa instituição bem como a sua avaliação da QV revela-se algo muito particular mas de certo interessante. Esta incógnita depende de vários factores que no decorrer do trabalho se tentam desvendar, de entre os quais surge com particular relevância o conjunto de recursos sociais que procuram solucionar alguns dos problemas dos idosos, como é o caso das Unidades de Internamento que compõem a RNCCI.

Mediante os conhecimentos obtidos e tendo em conta a subjectividade do conceito de QV, neste estudo um dos desafios trata-se de dar resposta aos seguintes objectivos específicos:

- ✓ Caracterizar os idosos institucionalizados na RNCCI do Algarve;
- ✓ Identificar as variáveis mais relevantes na percepção da QV de acordo com a categorização:
  - Idoso
  - Instituição
  - Idoso na Instituição

Deste modo, pretende-se contribuir para um melhor conhecimento da população idosa e compreender a sua auto-percepção acerca da sua própria qualidade de vida. No decorrer desta investigação, estima-se que através dos resultados obtidos possa promover-se uma maior compreensão da temática e,

de uma forma mais abrangente, implementar estratégias de melhoria da qualidade de vida dos idosos.

### 3. TIPO DE ESTUDO

No que concerne ao tipo de estudo, Fortin (2003, p.133) refere que a cada tipologia corresponde “um desenho que especifica as actividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação...”. Face à problemática de investigação e respectivos objectivos enunciados opta-se por efectuar um estudo do tipo *descritivo* uma vez que, neste trabalho, se procura discriminar factores importantes para descrever determinado fenómeno. De igual modo, são procuradas relações entre os conceitos a fim de se obter um perfil geral do fenómeno. A mesma autora salienta que os estudos descritivos visam “obter mais informações quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação” (Fortin, 2003, p.161). No que concerne à qualidade de vida dos idosos institucionalizados poder-se-á constatar a existência de alguns estudos nesta área, no entanto a análise da realidade vivida na RNCCI parece ser um tema, ainda, pouco investigado o que justifica a pertinência da aplicação do estudo descritivo.

Para além da descrição, o estudo contém um carácter *transversal* dado que se foca num único grupo representativo da população e os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 1999). No presente trabalho, o estudo aplica-se aos idosos da RNCCI do Algarve e o contacto com a pessoa é efectuado apenas uma vez e por meio de uma amostra de conveniência tanto em relação aos utentes analisados como às instituições inquiridas, como se explica com detalhe no capítulo referente ao procedimento do trabalho. Após a obtenção dos questionários foi utilizado o método quantitativo para efectuar a análise dos resultados, através do tratamento estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

#### 4. POPULAÇÃO

Numa investigação, após a escolha do tipo de estudo emerge a preocupação de definição da população. Esta, não é mais do que um agregado que compreende todos os elementos que partilham características comuns pré-estabelecidas para determinado estudo. No entanto, para o presente estudo importa apenas definir a amostra, por ser um subconjunto de elementos retirados da população para participar no estudo (Fortin, 2003).

Deste modo, as pessoas inquiridas no estudo, para além de constituírem a amostra, reúnem os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Pessoas com idade igual ou superior a 65 anos;
- ✓ Pessoas institucionalizadas em Unidades de Internamento, na RNCCI do Algarve;
- ✓ Pessoas que apresentem condições cognitivas para a aplicação dos questionários.

Assim sendo, compreende-se que a aplicação dos questionários a idosos confusos, desorientados ou com défices auditivos acentuados não poderá constar da amostra do estudo, ainda que se possa referir que foi encontrado um valor significativo de doentes internados com estas limitações.

Por outro lado, a condição de dependência mesmo sem ser um critério de inclusão no estudo irá estar presente em todos os elementos da amostra porque, como já se verificou na parte teórica, é um dos critérios de inclusão dos utentes na RNCCI. Assim sendo, todos os idosos institucionalizados nesta Rede apresentam algum tipo de dependência, independentemente do grau ou situação de doença os critérios de inclusão/exclusão do estudo apenas são os acima mencionados.

## 5. VARIÁVEIS EM ESTUDO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Para Fortin (2003) as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estruturadas numa investigação. Estas podem ser classificadas de diversas formas mediante a sua aplicação na investigação. Neste estudo foram utilizadas variáveis independentes e uma variável dependente. No primeiro caso, a autora supra citada considera que o investigador manipula estas variáveis para poder medir o seu efeito na variável dependente; ao passo que no caso da segunda é a que sofre o efeito esperado das variáveis independentes.

Perante esta ideologia procede-se à definição e operacionalização de todas as variáveis explicando a sua aplicabilidade de forma a tornar este estudo mensurável.

### 5.1. VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis deste tipo integram o instrumento sociodemográfico (Anexo VIII), caracterização da instituição (Anexo X) e parte inicial da escala WHOQOL-bref (Anexo IX). Em seguida são enunciadas todas as variáveis independentes e a forma como se aplicam no estudo, pela ordem que se apresentam no modelo de análise das variáveis.

#### ✓ *Idade*

A idade surge sob a apresentação de questão aberta e é expressa em anos (número absoluto). No capítulo descritivo foi operacionalizada em classes para facilitar a sua análise.

✓ *Género*

Esta variável apresenta-se sob uma questão fechada pela sua natureza de variável nominal dicotómica possuindo apenas duas opções: masculino ou feminino.

✓ *Escolaridade*

A escolaridade foi avaliada através de uma questão aberta e a sua operacionalização emerge mediante as seguintes categorias:

- Não sabe ler nem escrever;
- Sabe ler e/ou escrever;
- Instrução primária – 1 a 4 anos de escolaridade
- Instrução básica – 6 a 7 anos de escolaridade
- Instrução avançada – 10 a 12 anos de escolaridade
- Instrução universitária
- Instrução pós-graduada.

✓ *Profissão*

Dada a natureza desta variável (com a possibilidade de infinitas profissões) a opção que pareceu mais viável foi o agrupamento das actividades laborais por sectores. Deste modo, a sua operacionalização surge mediante os seguintes grupos:

- Pensionistas, desempregados e domésticos
- Trabalhadores rurais e operários não qualificados
- Balconistas e services
- Licenciados com profissões qualificadas
- Quadros superiores e área da gestão.

Face a esta variável e dadas a especificidade da população em estudo considerou-se como profissão a actividade laboral que a pessoa idosa apresentou no curso da sua vida, independentemente da condição de reforma.

✓ *Estado Civil*

Esta variável é avaliada por uma questão fechada e operacionalizada através dos seguintes itens:

- Solteiro (a)
- Casado (a)
- União de facto
- Separado (a)
- Divorciado (a)
- Viúvo

Face à natureza dos itens e, de forma a facilitar a apresentação e análise desta variável, na parte descritiva, foram agrupados os itens casado (a) e união de facto, bem como os itens separado (a) e divorciado (a), uma vez que a sua natureza é do mesmo tipo e para efeitos estatísticos facilita a sua interpretação.

✓ *Rendimento Económico*

A condição financeira mensal de cada pessoa inquirida será analisada e classificada em quatro índices de valores distintos em euros, sendo eles: inferior a 100, entre 101 e 250, entre 251 e 500, e superior a 500.

✓ *Lotação das Instituições*

É feita análise de cada instituição pertencente à RNCCI com referência aos respectivos utentes inquiridos em cada uma das Unidades de Internamento (número absoluto).

✓ *Equipa Multidisciplinar*

Referente à equipa a que o utente pertence importa perceber se a mesma é constituída por uma equipa multifacetada sendo caracterizada por boa, aceitável ou má mediante as diferentes valências de profissionais de saúde que compõe a equipa multidisciplinar de determinada instituição. Deste modo considera-se boa se apresentar mais de 6 valências, aceitável se estiver compreendida entre 4 a 6 e, por fim, reduzida se apenas se verificar 3 ou menos valências de profissionais de saúde.

✓ *Dinâmica Institucional*

A dinâmica de cada instituição classifica-se como flexível ou rígida. Esta será avaliada no que se refere ao horário das visitas. Caso haja controlo e horários rígidos será considerada como rígida, caso se verifique o contrário será considerada flexível.

✓ *Equipamento*

As condições de equipamento da instituição serão avaliadas através da existência ou não de equipamentos e estruturas capazes de potenciar a independência do utente. Neste caso, poderá ser considerado bom se apresentar 5 ou mais dos itens pré-definidos, aceitável caso contemple de 3 a 5 dos itens e reduzido se a soma dos itens for 2 ou menos.

✓ *Estrutura física*

Esta variável diz respeito às infra-estruturas do edifício da instituição e é considerado edifício recente se existir há menos de 5 anos, considerado antigo se existe há mais de 5 anos e será encarado como adaptado se sofreu alterações estruturais para se adaptar às novas necessidades, independentemente da data de construção do edifício.

✓ *Unidade do utente*

Verificando-se o doente numa condição de internamento importa discriminar as condições referentes à unidade dos utentes. Neste campo distinguem-se como individuais, duplos, triplos ou mais, duplos e triplos e todos os tipos. Qualquer um dos tipos está directamente associado ao número de utentes que cada quarto comporta.

✓ *Tipologia da Instituição*

As pessoas idosas, mediante a instituição onde se encontram e dado o carácter da mesma integram diferentes tipologias institucionais na RNCCI. Deste modo, esta variável distingue-se em UC, UMDR e ULDM.

✓ *Antecedentes Institucionais*

Face ao processo de institucionalização será analisado o facto de o utente apresentar antecedentes deste tipo. Assim, será considerado como

ausentes caso estes não se verifiquem e presentes em situação contrária. Neste último, podendo haver distintos antecedentes apresentam-se como presentes – outras unidades da RNCCI, presentes – lares ou outras instituições particulares e presentes – ambas as anteriores. Importa referir que, os internamentos hospitalares não serão contemplados nesta variável.

✓ *Duração do Internamento*

Face à condição de internamento será referenciado em meses o número que corresponde ao tempo de permanência na instituição aquando da aplicação dos questionários.

✓ *Doença*

Esta variável surge em questão aberta e foi operacionalizada através de grupos para facilitar a sua interpretação estatística mediante a multiplicidade de doenças possíveis. Deste modo, os grupos acumulam as doenças em conjuntos (Foros) mediante a sua etiologia:

- Foro Ortopédico
- Foro Neurológico
- Foro Cardíaco
- Foro Respiratório
- Foro Cirúrgico
- Outros – casos sociais.

Este último item, como o nome descreve refere-se a pessoas que não comportam uma doença física mas carecem de apoios sociais, motivo pelo qual recorrem à institucionalização.

✓ *Duração da Doença*

A duração da doença surge sob a apresentação de questão aberta e é expressa em anos (número absoluto). No capítulo descritivo foi operacionalizada em classes para facilitar a sua análise.

✓ *Condição Física*

A condição física de cada utente remete para as suas capacidades físicas ao nível de três factores: alimentação, mobilidade e higiene. No caso da

alimentação e higiene será assinalada a condição da pessoa como autónomo ou parcial ou total. Ao passo que na mobilidade será classificada em autónomo, dependente com apoios, sentado ou acamado.

✓ *Suporte Social/Familiar*

Refere-se à presença/ ausência de visitas ao utente em condição de internamento. Considera-se ausente, presente – diariamente, presente – 2 vezes por semana, presente – 1 vez por semana e raramente. Salienta-se a importância de aferir a veracidade desta informação junto dos profissionais de saúde uma vez que é frequente os doentes afirmarem positivamente a presença de visitas ou exagerarem na sua frequência quando na realidade o mesmo não se verifica.

✓ *Qualidade das Visitas*

A qualidade das visitas é avaliada pelo seu carácter de relação com o utente. Deste modo, distingue-se entre familiares, amigos e todos no que se refere à presença de visitas; e ausente caso estas não se verifiquem. E acresceu-se um item com as mesmas características em que a pessoa refere quem gostaria que o fosse visitar.

✓ *Participação nos Cuidados (familiares/amigos)*

Dada a presença ou não de visitas importa perceber a sua relação e participação na recuperação junto da pessoa institucionalizada. Esta será classificada mediante os termos atribuídos à variável suporte social/familiar.

✓ *Ausência da Instituição*

Em instituições deste tipo (RNCCI) é possível solicitar a autorização para que os utentes se possam ausentar da instituição por um período estabelecido e solicitado com alguma antecedência. A presente variável classifica-se mediante a frequência com que ocorre. Caso nunca se verifique considera-se nunca, mas se é solicitada classifica-se-á como todos os fins-de-semana, quinzenalmente, mensalmente ou raramente.

✓ *Autonomia*

Esta variável integra o cruzamento da variável condição física com a tipologia das instituições. Relativamente à tipologia foram distinguidos os três tipos de Unidades de Internamento: UC, UMDR e ULDM. Ao nível da condição física, relativamente aos graus de dependência da pessoa, atribuiu-se a seguinte nomenclatura:

- Totalmente independente
- Quase independente
- Discretamente dependente
- Ligeiramente dependente
- Moderadamente dependente
- Severamente dependente
- Totalmente dependente.

## 5.2. VARIÁVEL DEPENDENTE

Esta variável integra a segunda parte da escala de QV propriamente dita: WHOQOL-BREF, uma vez que a primeira parte contempla variáveis independentes que podem ser associadas ao questionário sociodemográfico. Assim sendo, neste estudo a variável dependente é a qualidade de vida dos idosos institucionalizados na RNCCI.

✓ *Qualidade de Vida*

A QV tem vindo a ser uma preocupação crescente para a OMS que necessitou de criar instrumentos que permitissem avaliar esta variável de forma transcultural e subjectiva (Almeida et al., 1995) Inicialmente, esta entidade desenvolveu o instrumento WHOQOL-100 que se caracteriza pela existência de seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade) que por sua vez se ramificam em 25 facetas, contendo cada uma delas 4 questões o que totalizada um questionário com 100 perguntas (WHOQOL Group, 1998) e foi analisado em vários países. Em português, a primeira versão surge no Brasil mas as variações linguísticas e a

existência de um contexto cultural distinto conduz à necessidade de criar uma versão de português para Portugal (Serra et al., 2006).

Segundo, Canavarro et al. (2009), no nosso país, este instrumento pode ser utilizado em múltiplas populações, nomeadamente em doentes psiquiátricos, doentes crónicos, doentes com poucas limitações e até indivíduos saudáveis. No entanto, a versão original WHOQOL-100, a dada altura e face a determinados grupos, revelou-se demasiado extensa e emerge a versão abreviada WHOQOL-BREF na tentativa de avaliar a QV num período de tempo mais curto mas com características psicométricas satisfatórias (Fleck et al., 2000). Esta versão contempla apenas 26 questões da versão inicial WHOQOL-100 e foi validada pela OMS que salienta a consistência interna da escala, bem como, a sua extensibilidade na população em geral (Skevington, Lofty & O'Connell, 2004). Os mesmos autores definem o instrumento abreviado como uma ferramenta de pesquisa na área da QV com aplicabilidade em várias línguas e de carácter multidimensional, o qual compila as questões em quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental (Figura n.º 6).

Assim, o instrumento WHOQOL na sua versão abreviada está organizado em facetas, as quais contemplam 26 questões/itens: das quais 24 estão organizadas nos domínios referidos e os restantes 2 itens integram a faceta geral que estabelece a avaliação da QV geral e a percepção geral da saúde (Canavarro e Serra, 2010).

De modo a perceber a fiabilidade do estudo, foi avaliada a consistência interna da escala WHOQOL-bref que permitiu validar a mesma para Portugal (Canavarro e Serra, 2010) (Figura n.º 4).

**Figura n.º 4** – Consistência Interna da versão portuguesa da escala WHOQOL-bref: domínios e total dos itens.

QV	N.º DE ITENS	$\alpha$ DE CRONBACH
D1 – FÍSICO	7	0,87
D2 – PSICOLÓGICO	6	0,84
D3 - SOCIAL	3	0,64
D4 - AMBIENTAL	8	0,78
FACETA GERAL	2	0,83
TOTAL DOS ITENS	26	0,92

Fonte: Adaptado de Canavarro e Serra (2010)

Face aos resultados, revelou-se pertinente efectuar o mesmo procedimento para o estudo actual e avaliar a validade interna da escala a este nível. A Figura n.º 5 ilustra a consistência interna do instrumento utilizado neste trabalho e apesar de exibir valores de  $\alpha$  de Cronbach inferiores ao da validação da escala, os mesmos revelam uma boa consistência interna, o que permite sustentar a ideia de uma escolha adequada face à aplicação deste instrumento.

Verificada a consistência interna, percebe-se facilmente a aplicabilidade do instrumento WHOQOL-bref no presente trabalho, que perante uma população idosa e atendendo às restantes variáveis em estudo, permite efectuar a análise da QV, utilizando um modo mais simplificado de aplicação do questionário a esta população através do seu carácter abreviado.

**Figura n.º 5** – Consistência Interna da escala WHOQOL-bref do estudo: domínios e total dos itens.

QV	N.º DE ITENS	$\alpha$ DE CRONBACH
D1 – FÍSICO	7	0,68
D2 – PSICOLÓGICO	6	0,74
D3 - SOCIAL	3	0,51
D4 - AMBIENTAL	8	0,74
FACETA GERAL	2	0,59
TOTAL DOS ITENS	26	0,87

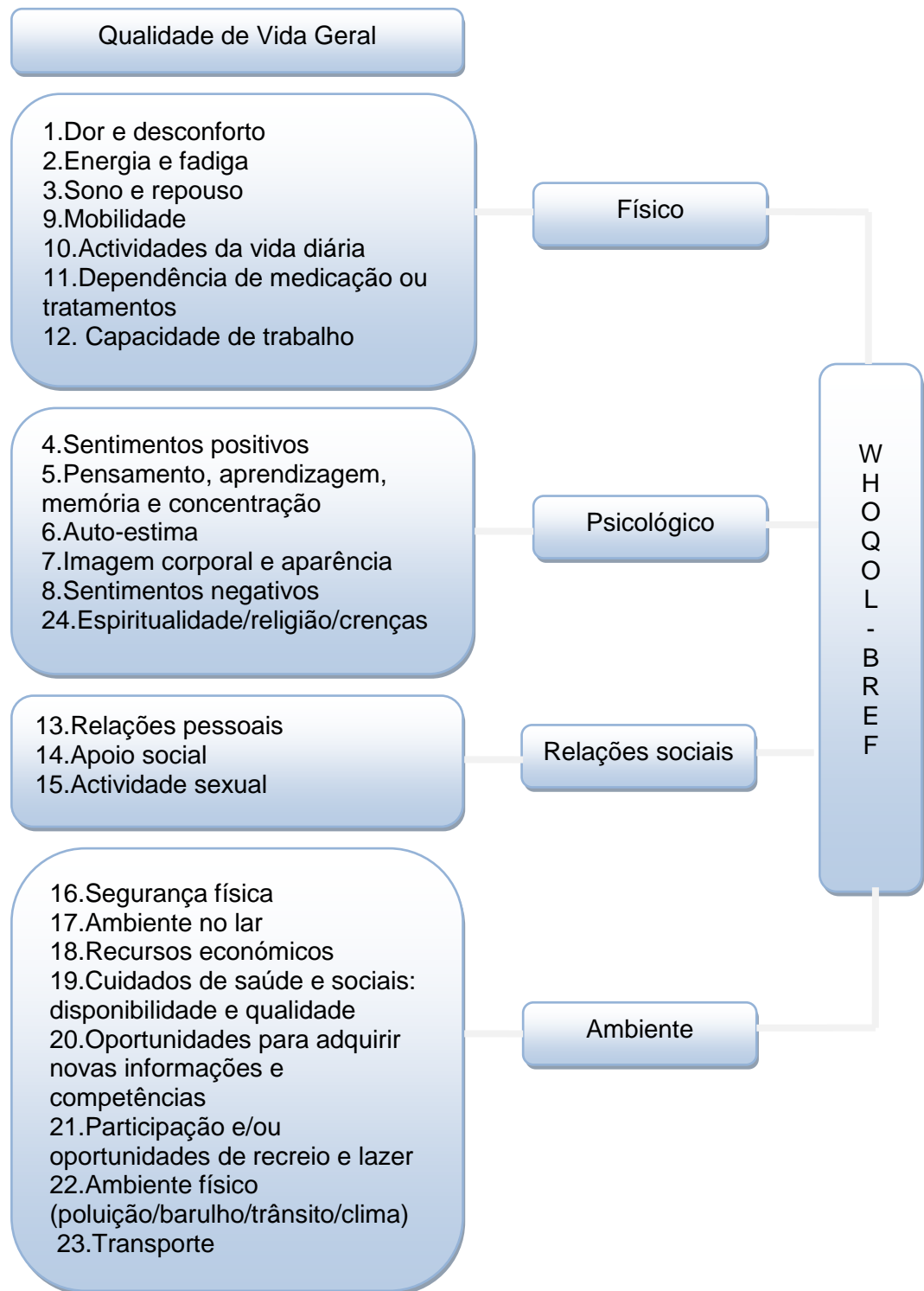
A interpretação das respostas das pessoas idosas implicadas nesta investigação surge através de uma pontuação atribuída a cada questão, sendo estas aplicadas através de uma escala do tipo Lickert, isto é, a resposta é dada sob a orientação de uma escala ordinal de intensidade de 1 a 5 (Ribeiro, 1999). Obtida a totalidade das respostas, efectua-se o somatório da pontuação para cada domínio, mediante o manual do utilizador e sintaxe da escala<sup>1</sup>. Os resultados referentes aos domínios evidenciam a percepção da QV de forma individual, direccionada ao âmbito do domínio analisado. Assim sendo, as pontuações mais elevadas indicam uma melhor QV, uma vez que os domínios estão dispostos de forma positiva. Acontece que algumas das facetas apresentam um carácter invertido e como tal terão de ser recodificadas para

<sup>1</sup>Instrumento WHOQOL-bref: Manual do utilizador e sintaxe (cedido pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro) em formato de papel (pdf).

que os resultados finais correspondam a uma avaliação lógica, fundamentada no instrumento validado pela OMS.

Importa ainda referir que o procedimento do somatório da pontuação deste instrumento foi efectuado pelo programa informático SPSS, versão 17 e cujos resultados serão apresentados, detalhadamente, na parte descritiva e inferencial deste trabalho.

**Figura n.º 6** – Estrutura do instrumento WHOQOL-bref: facetas e domínios

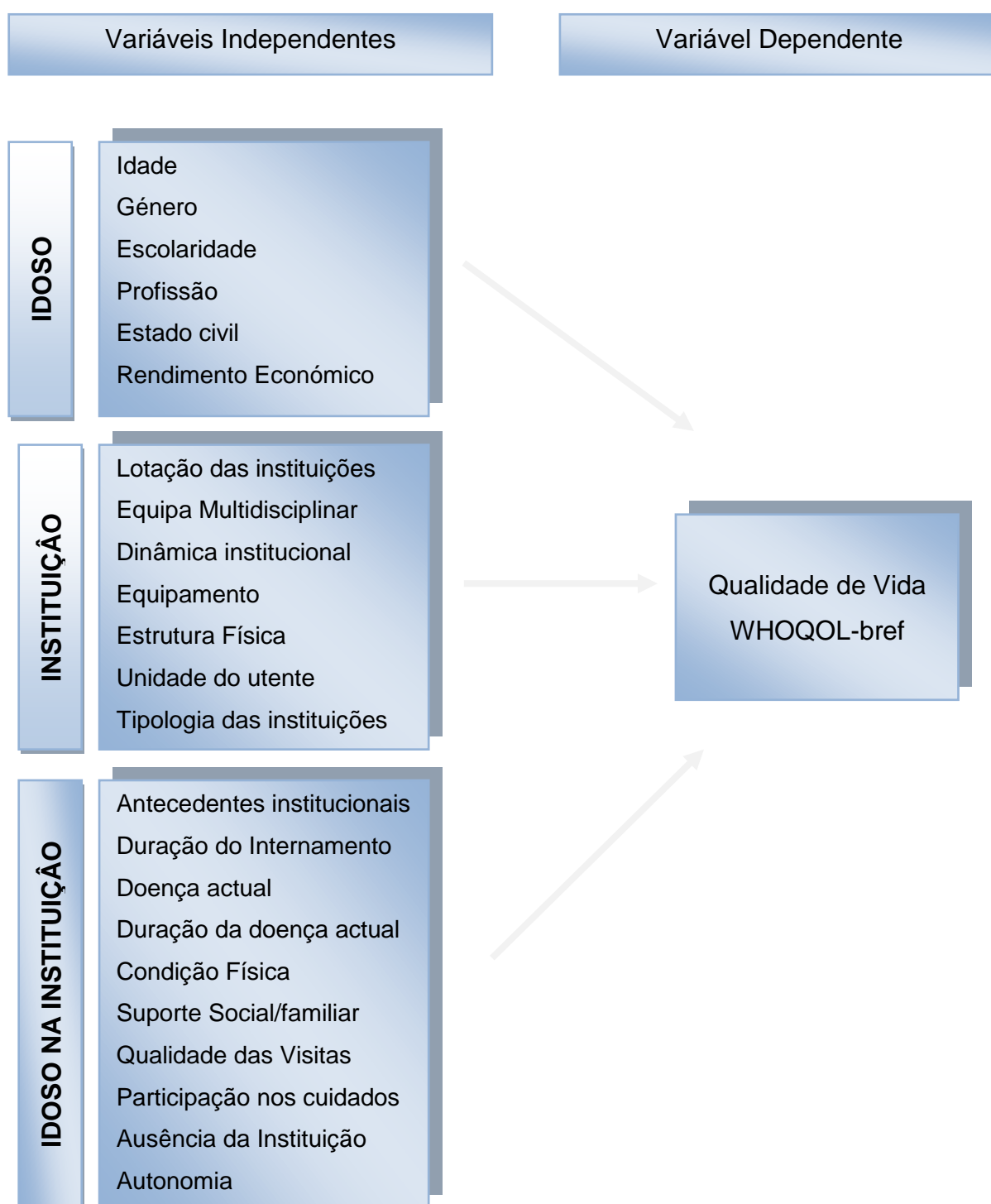


Fonte: adaptado de Canavarro e Serra (2010)

### 5.3. MODELO DE ANÁLISE DAS VARIÁVEIS

Este modelo visa retratar o estudo efectuado e o cruzamento das variáveis que intervêm no estudo e que se agrupam por distintos níveis: caracterização do idoso, caracterização da instituição e caracterização do idoso na instituição (Figura n.º 7).

**Figura n.º 7** – Esquema de relação das variáveis em estudo



## **6. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

Na fase antecedente à colheita de dados, é imprescindível que o investigador possua conhecimento acerca dos diversos instrumentos de medida disponíveis, assim como as vantagens e inconvenientes de cada um, de modo a que a sua escolha corresponda aos objectivos da sua investigação (Fortin, 2003).

Deste modo, o instrumento seleccionado para este projecto é o questionário, sendo por Quivy e Campenhoudt (1992) definido como um método de recolha de informações, que em si mesmo, não é melhor nem pior que qualquer outro; tudo, dependendo, na realidade, dos objectivos da investigação, do modelo de análise e das características do estudo. Realce-se que a este propósito, o mesmo autor, refere como principais vantagens deste instrumento a possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados, permitindo numerosas análises de correlação. Por seu turno, o questionário permite obter um maior número de informação em períodos curtos de tempo, com vantagens de padronização e autonomia possibilitando, ainda, a obtenção de informação acerca de determinado assunto, conduzindo a uma análise quantitativa e a relação de diversas variáveis. Deste modo, a fiabilidade do estudo depende da qualidade da amostra, bem como, a adequada formulação das questões que segundo Quivy e Campenhoudt (1992) aquando atendidas de forma adequada salvaguardam a credibilidade do trabalho.

Face ao exposto, o questionário parece ser o instrumento adequado a este estudo que, como referido, apresenta um carácter descritivo, transversal e de metodologia quantitativa. Como instrumentos de avaliação surgem a aplicação de três questionários: questionário da caracterização da instituição, questionário sociodemográfico e escala de QV, WHOQOL-bref.

## 6.1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Este foi aplicado às enfermeiras chefes de cada unidade de internamento, uma vez que reuniam as condições ideais para ceder essa informação e aborda os aspectos que se seguem:

- ✓ Equipa Multidisciplinar
- ✓ Dinâmica Institucional
- ✓ Equipamento
- ✓ Estrutura física
- ✓ Unidade do utente

Após a contextualização da instituição estabelece-se o contacto com o doente inquirido e salienta-se que o questionário – aplicado ao idoso – foi estruturado pelo investigador e estará dividido em duas partes, sendo que na correspondente à primeira parte se encontram itens respeitantes à caracterização sócio demográfica, com vista a se poder efectuar, posteriormente, a caracterização da amostra. A segunda parte apresenta a escala WHOQOL-BREF.

## 6.2. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

O instrumento sociodemográfico foi estruturado após uma pré-análise da população e integra os seguintes itens:

- ✓ Instituição Actual
- ✓ Duração do Internamento
- ✓ Antecedentes Institucionais
- ✓ Condição Física
- ✓ Rendimento Económico
- ✓ Suporte Social/Familiar
- ✓ Qualidade de Visitas
- ✓ Participação nos Cuidados (familiares/amigos)
- ✓ Ausência da Instituição

### 6.3. ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-BREF

A escala WHOQOL-BREF surge sob apresentação de dois capítulos: fase introdutória e da escala propriamente dita. No que refere à primeira parte importa referir que esta contempla uma fase introdutória da qual constam as seguintes variáveis que integram igualmente o trabalho:

- ✓ Idade
- ✓ Sexo
- ✓ Profissão
- ✓ Escolaridade
- ✓ Estado Civil
- ✓ Doença
- ✓ Duração da Doença

A segunda parte, remete para as questões essenciais da escala de QV mediante os quatro domínios que a caracterizam e serão analisados em pormenor na parte III do trabalho, referente à análise descritiva da QV.

## 7. HIPÓTESES

A definição de hipóteses apresenta um carácter de extrema importância na medida em que os resultados do trabalho dependem inteiramente da relevância, consistência lógica e verificação das hipóteses formuladas. A hipótese (H) não é mais do que a resposta à suposição efectuada e que se testa para avaliar a sua fiabilidade (Fortin, 2003). Deste modo, face às variáveis previamente apresentadas, definiram-se as seguintes hipóteses por categorias como se apresenta seguidamente.

### Categoria A – Relação estabelecida entre as variáveis referentes à condição do idoso

H<sub>A1</sub> – Os idosos institucionalizados com maior idade apresentarão uma percepção de menor QV.

H<sub>A2</sub> – As mulheres idosas institucionalizadas apresentarão uma percepção de menor QV.

H<sub>A3</sub> – Os idosos com um grau mais elevado de escolaridade apresentam uma percepção de maior QV.

H<sub>A4</sub> – As pessoas idosas com profissões mais qualificadas apresentam uma percepção de maior de QV.

### Categoria B – Relação estabelecida entre as variáveis referentes à instituição

H<sub>B7</sub> – A maior lotação da instituição interfere com a percepção de uma menor QV da pessoa idosa.

H<sub>B8</sub> – Uma boa equipa multidisciplinar está relacionada com a percepção que a pessoa idosa apresenta acerca de uma maior QV.

H<sub>B9</sub> – Uma dinâmica institucional rígida está relacionada com a percepção que a pessoa idosa apresenta acerca de uma menor QV.

H<sub>B10</sub> – O facto da pessoa idosa estar inserida numa instituição dotada de bom equipamento está associado à percepção de uma maior QV.

H<sub>B11</sub> – A condição da estrutura física adaptada da instituição está relacionada com a percepção que o idoso tem acerca de uma maior QV.

H<sub>B12</sub> – A unidade do utente está associada à sua percepção de QV: tanto maior quanto menor for o número de utentes por unidade.

H<sub>B13</sub> – As pessoas idosas inseridas nas UMDR estão associadas a uma percepção de maior QV.

### Categoria C – Relação estabelecida entre as variáveis referentes ao idoso na instituição

H<sub>C14</sub> – O facto da pessoa idosa apresentar outros antecedentes institucionais está relacionado com a sua percepção de menor QV.

H<sub>C15</sub> – Um período maior de Duração do Internamento da pessoa idosa está associado a uma percepção de menor QV.

H<sub>C16</sub> – A doença actual do foro ortopédico esta associada a uma percepção de maior QV quando relacionada a outras.

H<sub>C17</sub> – Um maior período de duração da doença actual esta associado a percepção de uma menor QV por parte da pessoa idosa.

H<sub>C18</sub> – A pessoa idosa apresenta uma percepção de uma maior QV quando a sua Condição Física se apresenta em menor grau de dependência nos seguintes níveis: alimentação, Mobilidade e Higiene.

H<sub>C19</sub> – A pessoa idosa apresenta uma percepção de QV tanto mais elevada quanto maior for a presença de Suporte Social a que são sujeitos.

H<sub>C20</sub> – A presença da família como visita está associada à percepção que a pessoa idosa tem de uma maior QV.

H<sub>C21</sub> – A participação das pessoas que compõem o suporte social nos cuidados à pessoa idosa esta associada a uma percepção de maior QV.

H<sub>C22</sub> – As pessoas idosas que frequentemente se ausentam da Instituição apresentam uma percepção de maior QV.

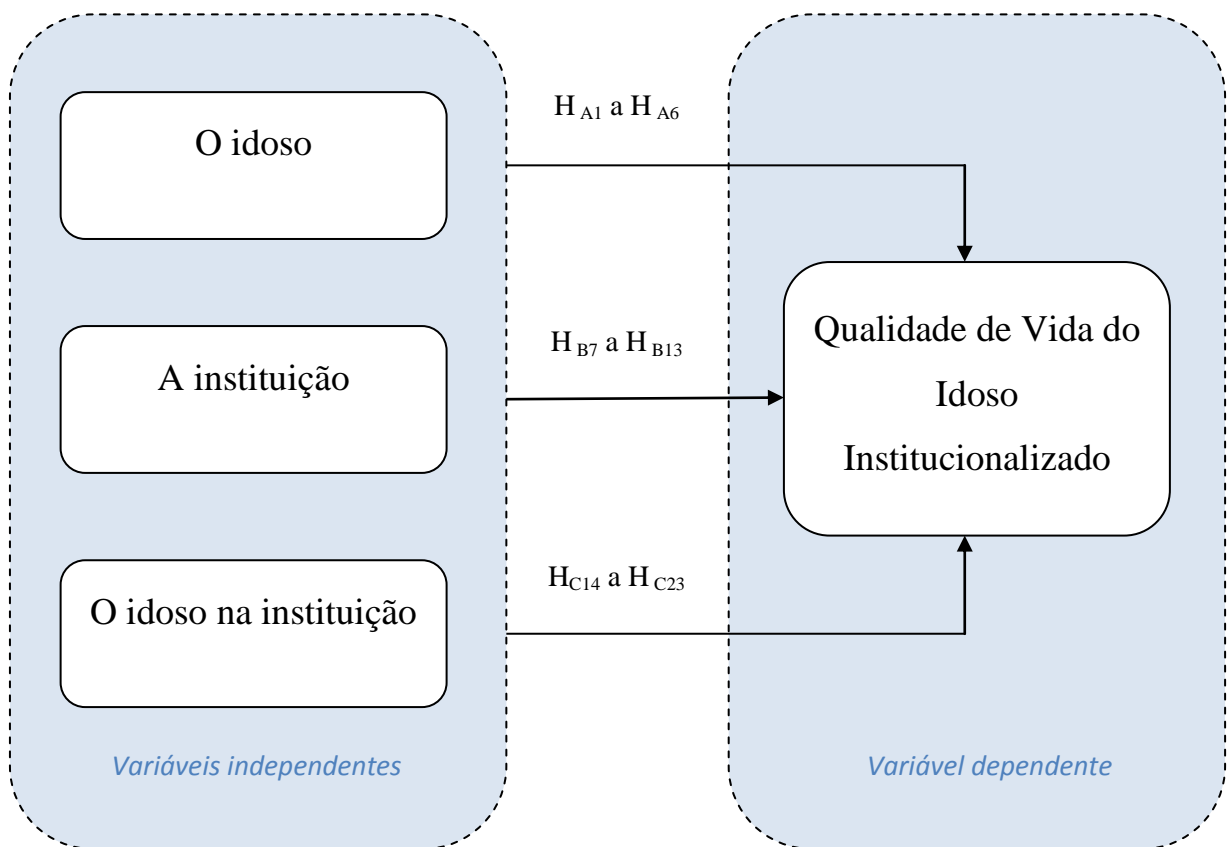
H<sub>C23</sub> – Um maior grau de autonomia está relacionado com a percepção que a pessoa idosa tem acerca de uma maior QV.

Dada a exposição das várias hipóteses surge, em seguida, o modelo de relação das mesmas.

## 7.1. MODELO DE ANÁLISE DA RELAÇÃO DAS HIPÓTESES

Na figura seguinte (Figura n.º 8) esquematiza-se a relação estabelecida entre as hipóteses em estudo e as variáveis intervenientes. O esquema apenas facilita a compreensão do modelo de análise presente neste trabalho e realça o que foi apresentado anteriormente face à apresentação das hipóteses.

**Figura n.º 8** – Esquema das hipóteses em estudo



A estrutura do trabalho assenta essencialmente na análise que será feita da relação estabelecida entre as variáveis (independentes e dependente) e consequentemente da resposta obtida na validação das hipóteses. O modelo de análise de hipóteses aqui apresentado, por um lado, esquematiza a estrutura da parte descritiva e inferencial do trabalho e por outro, facilita a interpretação dos resultados obtidos, bem como a discussão dos mesmos.

## 8. PROCEDIMENTO

O presente trabalho desenvolve-se em toda a região algarvia abrangida pela RNCCI (Figura n.º 9). Num período que rondou os seis meses, foram visitadas todas as Unidades possíveis e que integram o estudo. A presença física na instituição só aconteceu após prévia notificação e posterior autorização obtida por parte da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve e respectivas Unidades de Internamento.

**Figura n.º 9** – Mapa da região do Algarve



Fonte: [s.a] 2004

O corrente estudo incidiu nas unidades de internamento da RNCCI que se apresentam na Tabela n.º 3. Na mesma, identificam-se instituições que por motivos burocráticos e de falta de acessibilidade não constam no trabalho. Neste âmbito, salienta-se a ULDM de Vila Real de Santo António que como explícito no documento em Anexo I, na data requerida, não apresentava população que reunisse capacidade cognitiva para o efeito. As restantes unidades que se referem à zona de Portimão e Lagos revelaram-se, igualmente, inviáveis uma vez que não apresentaram qualquer resposta à solicitação de aplicação de questionários emitida através de correio registado. Deste modo, a amostra cingiu-se às unidades que manifestaram interesse no

estudo e viabilizaram a aplicação do mesmo.

**Tabela n.º 3** - Contextualização dos locais de aplicação do estudo

Tipologia	Local	N.º de camas	Locais de aplicação do estudo
UCP	Portimão	10	Não
UC	Loulé	20	Sim
	Portimão	19	Não
	Lagos	11	Não
UMDR	Portimão	26	Não
	Tavira	20	Sim
	Olhão	28	Sim
ULDM	Vila Real de Santo António	18	Não
	Santa Catarina Fonte do Bispo	33	Sim
	Faro	30	Sim
	Albufeira	20	Sim
	Algoz	30	Sim
	Silves	20	Sim
	Estômbar	32	Sim

### 8.1. PROCEDIMENTO ÉTICO E LEGAL

Ciente de que qualquer estudo, ao nível das ciências sociais, obedece a questões éticas e legais, formalmente, foi enviada uma carta de apresentação do trabalho a cada instituição (Anexo II) na qual se anexou o desenho da investigação juntamente com os questionários (sociodemográfico, caracterização da instituição, escala de avaliação da QV: WHOQOL-bref) e consentimento informado. As várias instituições inquiridas foram pessoalmente visitadas pela investigadora com prévio contacto telefónico para confirmação do dia e da viabilidade da mesma na instituição. Numa fase inicial, e coincidente com o pedido de autorização de aplicação dos questionários estudo nas instituições, surgiu o pedido formal à entidade máxima regional

nesta área: ARS. Deste modo, num primeiro contacto foi solicitada a autorização da qual a resposta não foi totalmente favorável (Anexo III), mas após o esclarecimento das dúvidas solicitadas via internet em documento anexado (Anexo IV) foi obtida a esperada autorização formal (Anexo V) que viabilizou a implementação do trabalho.

As instituições inquiridas efectuaram confirmação de autorização via declaração em suporte de papel (Anexo VI) e algumas delas complementaram esse parecer favorável via telefone.

Relativamente ao utente, e dada a média de idades dos idosos inquiridos – muitos dos quais com níveis de instrução básica e défices visuais acentuados – para além de facultado o consentimento informado em suporte de papel (Anexo VII), o mesmo foi frequentemente lido e explicado à pessoa antes de iniciar a aplicação dos questionários, durante o trabalho de campo.

Curiosamente, dada a presença da investigadora e mediante a tipologia da RNCCI que integra um carácter rotativo de doentes por dependência nas instituições, foi possível despistar a presença de alguns dos doentes inquiridos em Unidades de Internamento diferentes, o que poderia ter condicionado a veracidade do estudo por repetição de aplicação de questões à mesma pessoa no mesmo estudo e, desta forma, foi possível evitar que tal sucedesse.

## 8.2. PROCEDIMENTO DA COLHEITA DE DADOS

Na data combinada via telefone, num primeiro contacto foi feita uma breve introdução do estudo aos enfermeiros-chefes que posteriormente encaminham a investigadora até junto dos utentes inquiridos. Realça-se o facto da aplicação de todos os questionários se terem verificado na presença física contínua da autora, tanto ao nível da aplicação do questionário sociodemográfico (Anexo VIII) e instrumento WHOQOL-bref (Anexo IX) junto dos doentes, como na aplicação das questões referentes à caracterização da instituição (Anexo X) junto dos enfermeiros chefes responsáveis de cada Unidade. No final de cada recolha de dados, os mesmos eram introduzidos na base do SPSS, que é uma ferramenta informática muito útil que permite realizar cálculos estatísticos complexos de acordo com os dados introduzidos e o cruzamento dos mesmos com o adequado teste de análise (Pereira, 2002).

No entanto, só foi possível obter os resultados finais através da utilização do objecto de manual do utilizador e sintaxe do instrumento WHOQOL-bref (Anexo XI), após contacto (Anexo XII) via internet com Dr.<sup>a</sup> Cristina Canavarro, que se revelou disponível para colaborar e, gentilmente, cedeu o manual acompanhado do instrumento WHOQOL-bref.

Dada a população a que se destina o estudo, ao nível da colheita de dados propriamente dita, cada pessoa foi abordada individualmente e os questionários foram administrados pela autora. Nesta modalidade, a investigadora leu as perguntas e assinalou as respostas dadas pela pessoa entrevistada. Este modelo revelou-se o mais viável uma vez que alguns dos idosos não sabiam ler, outros apresentavam défices motores e visuais incapazes de efectuar uma leitura e escrita eficazes, e como tal, todos (sem excepção) obtiveram as mesmas condições de aplicação.

Em cada instituição, a investigadora foi extremamente bem recebida e conhecedora do ambiente institucional. Os enfermeiros-chefes, bem como os directores técnicos manifestaram interesse no estudo e solicitaram os resultados da investigação, que haviam sido prometidos na carta de apresentação e, novamente, lembrado na carta de agradecimento (Anexo XIII) que foi remetida para as referidas instituições aquando da conclusão deste documento.

**PARTE III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

## 1. ANÁLISE DESCRITIVA

A apresentação das estatísticas descritivas é feita através de gráficos e tabelas nos quais os títulos definem o tipo de distribuição apresentada. A análise dos dados antecede a sua demonstração gráfica e/ou tabelar onde serão apresentados dados relativos a tendência central (média e moda), frequências absolutas (N.<sup>o</sup>), frequências relativas (%) e medidas de dispersão (desvio padrão e variância). Para obter o significado das relações entre as variáveis foi utilizado o nível de significância  $<0,05$ .

Todos os dados que se seguem foram obtidos através dos instrumentos de colheita, apresentados anteriormente, e através do software de análise e estatística SPSS.

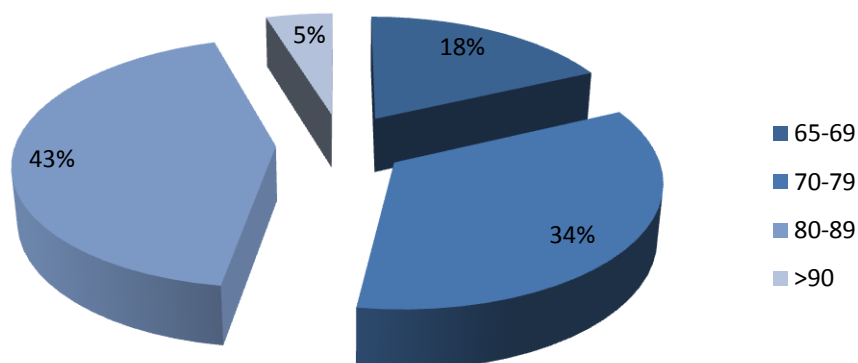
### 1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS

No que respeita a **idade**, e segundo a análise da Tabela n.<sup>o</sup> 4 e Gráfico n.<sup>o</sup> 3, verifica-se que a maior percentagem de idosos situa-se na classe etária 80-89, com um valor percentual de 42,8% da totalidade dos idosos inquiridos. Em contrapartida, com apenas 5 elementos apresentam-se os grandes idosos da classe etária  $>90$  com uma percentagem de 4,8%. A média de idades verificada ronda os 77anos e apresenta um desvio padrão de 10,82 num total de 105 pessoas idosas.

**Tabela n.º 4** – Distribuição dos idosos por classes etárias

CLASSE ETÁRIA	N.º	%
65-69	19	18,1
70-79	36	34,3
80-89	45	42,8
>90	5	4,8
TOTAL	105	100,0

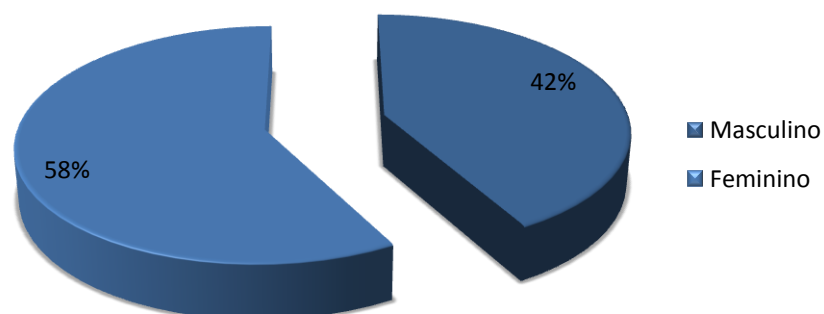
Os idosos mais jovens das classes etárias apresentam uma fatia percentual intermédia face às restantes anteriormente mencionadas (como ilustra o Gráfico n.º 3), tendo a classe 65-69 uma percentagem na ordem dos 18% e a classe dos 70-79 com um valor consideravelmente mais elevado de 34,3%.

**Gráfico n.º 3** – Distribuição gráfica percentual dos idosos por classes etárias

Face ao **género**, deparamo-nos com uma população idosa maioritariamente feminina. A Tabela n.º 5 e Gráfico n.º 4, que se seguem, justificam a moda pertencente ao sexo feminino com um valor total de idosas de 61 para 44 idosos.

**Tabela n.º 5** – Distribuição dos idosos por género

GÉNERO	N.º	%
MASCULINO	44	41,9
FEMININO	61	58,1
TOTAL	105	100,0

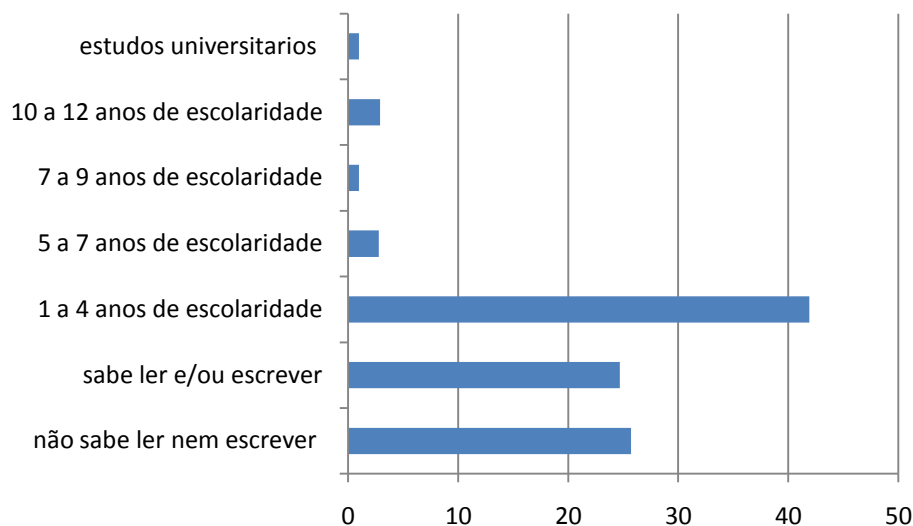
**Gráfico n.º 4** – Distribuição gráfica percentual dos idosos pelo género

No que respeita ao grau de **escolaridade** dos idosos inquiridos, como seria de esperar prevalece o grau de instrução primária, ainda que a percentagem de analfabetos seja bastante considerável, como ilustram a Tabela n.º 6 e Gráfico n.º 5.

**Tabela n.º 6** – Distribuição dos idosos por graus de escolaridade

ESCOLARIDADE	N.º	%
NÃO SABE LER NEM ESCREVER	27	25,7
SABE LER E/OU ESCREVER	26	24,7
1 A 4 ANOS DE ESCOLARIDADE	44	41,9
5 A 6 ANOS DE ESCOLARIDADE	3	2,8
7 A 9 ANOS DE ESCOLARIDADE	1	1,0
10 A 12 ANOS DE ESCOLARIDADE	3	2,9
ESTUDOS UNIVERSITÁRIOS	1	1,0
TOTAL	105	100,0

**Gráfico n.º 5** – Distribuição gráfica dos idosos por graus de escolaridade (em anos) por percentagens

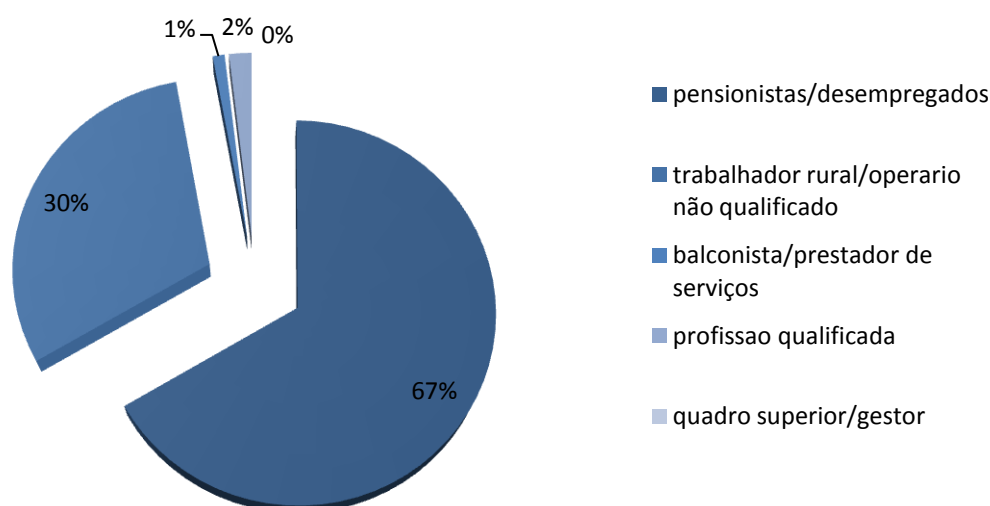


O Gráfico anterior ilustra de forma clara a distribuição dos idosos por graus de escolaridade e evidencia como já referido a maior percentagem no grau de 1 a 4 anos de escolaridade com uma percentagem de 41,9% da totalidade dos idosos inquiridos. Face à não instrução ou instrução básica, não sabe ler nem escrever e sabe ler e/ou escrever, encontramos uma percentagem muito próxima. Ambas apresentam respectivamente 25,7% e 24,7% o que corresponde a 27 e 26 idosos da totalidade dos 105 inquiridos. De salientar surgem apenas com um elemento cada o grau de 7 a 9 anos de escolaridade e o grau de estudos universitários. Os restantes, grau de 5 a 6 anos de escolaridade e 10 a 12 anos de escolaridade apresentam a mesma taxa percentual com 2,9%.

Relativamente, à **profissão** importa referir que esta diz respeito à actividade anterior à reforma uma vez que face a idades superiores ou iguais a 65 anos seria difícil encontrar idosos em situação laboral activa. Mediante esta premissa, os resultados obtidos analisam-se na Tabela n.º 7, que se segue.

**Tabela n.º 7** – Distribuição dos idosos por profissões

PROFISSÃO	N.º	%
PENSIONISTA /DESEMPREGADO	70	66,6
TRABALHADOR RURAL/OPERÁRIO NÃO QUALIFICADO	32	30,5
BALCONISTAS/SERVIÇOS	1	1,0
PROFISSÃO QUALIFICADA	2	1,9
QUADRO SUPERIOR/ GESTOR	0	0,0
TOTAL	105	100,0

**Gráfico n.º 6** – Distribuição gráfica percentual dos idosos por profissões

Mediante a análise gráfica (Gráfico n.º 6) verifica-se uma população idosa maioritariamente pensionista/desempregada com uma percentagem de aproximadamente 67% da totalidade dos inquiridos, seguido de cerca de 30% de idosos trabalhadores rurais/operários não qualificados. Face à profissão balconista/prestador de serviços os resultados são claros, declarando apenas a existência de um idoso neste cargo. Relativamente aos cargos profissionais qualificados e quadros superiores as percentagens verificadas, também, são mínimas com valores de 1,9% e 0% respectivamente, evidenciando a ausência de quaisquer idosos a exercer profissão de quadros superiores e de gestão.

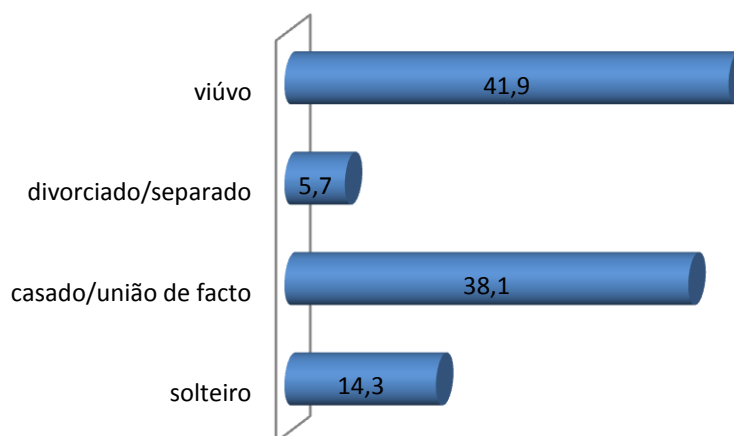
No que se refere ao **estado civil** dos inquiridos, verifica-se uma percentagem mais elevada face aos idosos viúvos e mais baixa nos idosos divorciados/separados como ilustra a Tabela n.º 8 e Gráfico n.º 7. Em

percentagem, os idosos viúvos representam cerca de 42% da totalidade dos inquiridos, ao passo que nesta população apenas numa percentagem aproximada de 6% são divorciados/separados. No que se refere aos idosos casados encontramos uma totalidade de 40 pessoas com este estado civil, o que em termos percentuais significa 38,1% da população total. Por último, os solteiros apresentam uma percentagem de 14,3% o que corresponde ao total de 15 idosos.

**Tabela n.º 8 – Distribuição dos idosos pelo estado civil**

ESTADO CIVIL	N.º	%
SOLTEIRO	15	14,3
CASADO/ UNIÃO DE FACTO	40	38,1
DIVORCIADO /SEPARADO	6	5,7
VIÚVO	44	41,9
TOTAL	105	100,0

**Gráfico n.º 7 – Distribuição gráfica percentual dos idosos por estado civil**



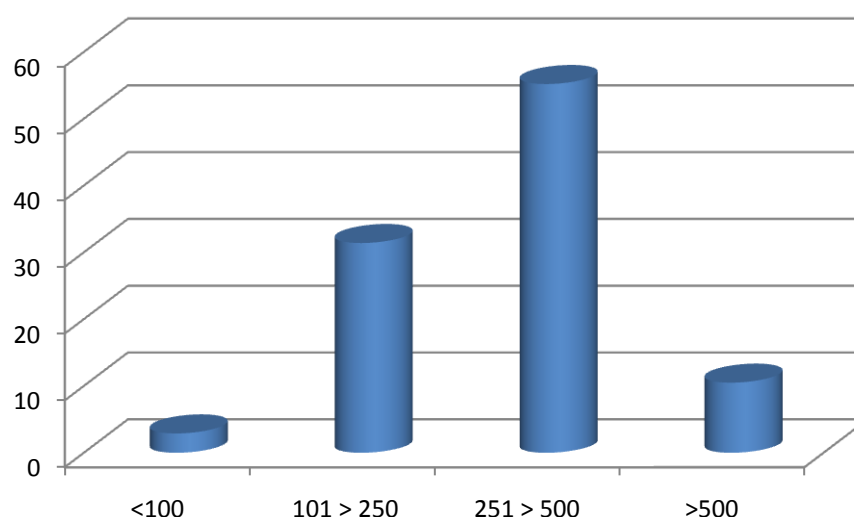
Referente ao **rendimento económico** mensal da pessoa idosa verifica-se que a maioria dos entrevistados apresenta um valor de reforma compreendido entre 251 e 500 euros mensais com uma percentagem de 55,2% o que perfaz um total de 58 idosos com este rendimento económico mensal. Face à percentagem mais baixa, de 2,9%, refere-se aos idosos com rendimentos inferiores a 100 euros mensais. No patamar intermédio encontram-se os idosos que recebem rendimentos entre os 101 e 250 euros mensais com 33 idosos numa correspondente percentual de 31,4% e, face ao

rendimento económico superior a 500euros mensais verifica-se uma percentagem de 10,5% (Tabela n.º 9 e Gráfico n.º 8).

**Tabela n.º 9** – Distribuição dos idosos por rendimento económico

RENDIMENTO ECONÓMICO	N.º	%
<100 EUROS/MÊS	3	2,9
ENTRE 101 E 250 EUROS/MÊS	33	31,4
ENTRE 251 E 500 EUROS/MÊS	58	55,2
>500 EUROS/MÊS	11	10,5
TOTAL	105	100,0

**Gráfico n.º 8** – Distribuição gráfica percentual de idosos por rendimento económico (em euros)

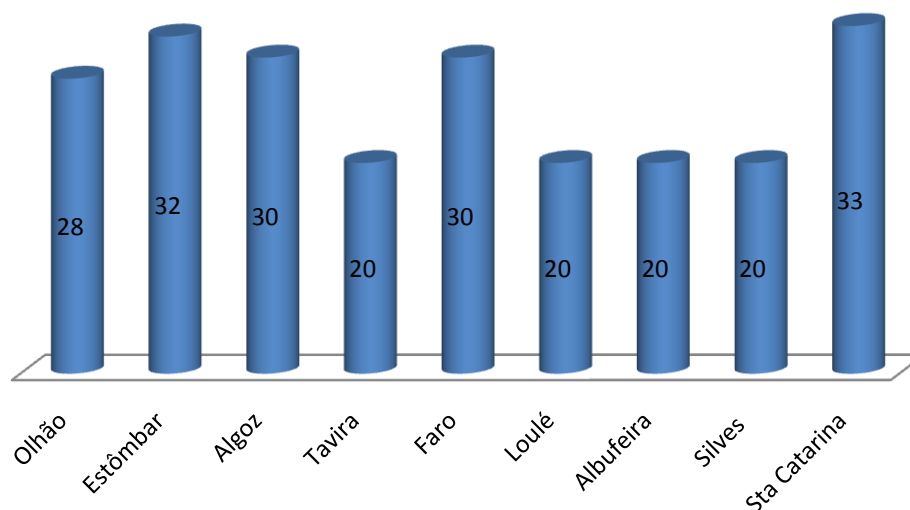


## 1.2. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

No Gráfico n.º 9 são expressos os resultados referentes à **lotação das instituições** e no que se refere à sua lotação média, neste estudo, ronda a capacidade de 26 utentes, sendo a ULDM de Santa Catarina a instituição com maior lotação e apenas a única com capacidade para 33 utentes. Em contrapartida, face ao índice das instituições com menor lotação verificam-se quatro com capacidade para 20 utentes, sendo elas a UC Loulé, ULDM de Albufeira, ULDM de Silves e UMDR de Tavira. As restantes situam-se entre

estes valores máximos de 33 e mínimo de 20 utentes como ilustra o Gráfico n.º 9 com os valores precisos de lotação máxima de utentes por instituição.

**Gráfico n.º 9 – Lotação das Unidades de Internamento da RNCCI**



Face à caracterização das instituições no que se refere à **equipa multidisciplinar** (variedade de técnicos/profissionais que prestam cuidados aos doentes inquiridos) verificou-se que em percentagem que 82,9% das instituições apresentam uma boa equipa e 17,1% apresenta uma equipa considerada como aceitável. Face aos idosos institucionalizados verifica-se que nenhum deles integra equipas consideradas como más, como podemos constatar na Tabela n.º 10.

**Tabela n.º 10 – Distribuição dos idosos por qualidade das equipas multidisciplinares**

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR	N.º	%
BOA	87	82,9
ACEITÁVEL	18	17,1
MÁ	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>

Referente à **dinâmica institucional e equipamentos** verifica-se uma percentagem de 100% de flexível e bom respectivamente, isto é, todas as

instituições inquiridas apresentam uma dinâmica institucional flexível e bem equipada (Tabela n.º 11 e Tabela n.º12).

**Tabela n.º 11** – Distribuição dos idosos por dinâmica das instituições

DINÂMICA INSTITUCIONAL	N.º	%
FLEXÍVEL	105	100,0
RÍGIDA	0	0,0
TOTAL	105	100,0

**Tabela n.º 12** – Distribuição dos idosos por equipamento das instituições

EQUIPAMENTO	N.º	%
BOM	105	100,0
ACEITÁVEL	0	0,0
REDUZIDO	0	0,0
TOTAL	105	100,0

Na RNCCI a maioria dos edifícios institucionais são **estruturas físicas** adaptadas (67,6%), seguidos de edifícios recentes (22,9%) e por fim, seguem-se os edifícios antigos (9,5%).

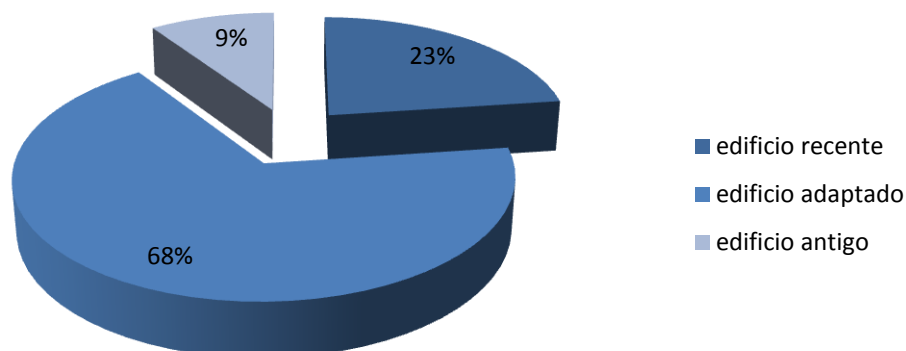
**Tabela n.º 13** – Distribuição dos idosos por estruturas físicas institucionais

ESTRUTURA FÍSICA	N.º	%
EDIFÍCIO RECENTE	24	22,9
EDIFÍCIO ADAPTADO	71	67,6
EDIFÍCIO ANTIGO	10	9,5
TOTAL	105	100,0

Os dados acima referidos, revelam que houve um aproveitamento de recursos materiais, nomeadamente das infra-estruturas já existentes para se adaptarem às novas necessidades. Face aos valores, observados na Tabela n.º 13 e Gráfico n.º 10, verifica-se a existência de 71 idosos referentes a edifícios adaptados, seguido de 24 idosos em edifícios recentes e apenas 10

em edifícios antigos, cujas respectivas percentagens se mencionaram anteriormente.

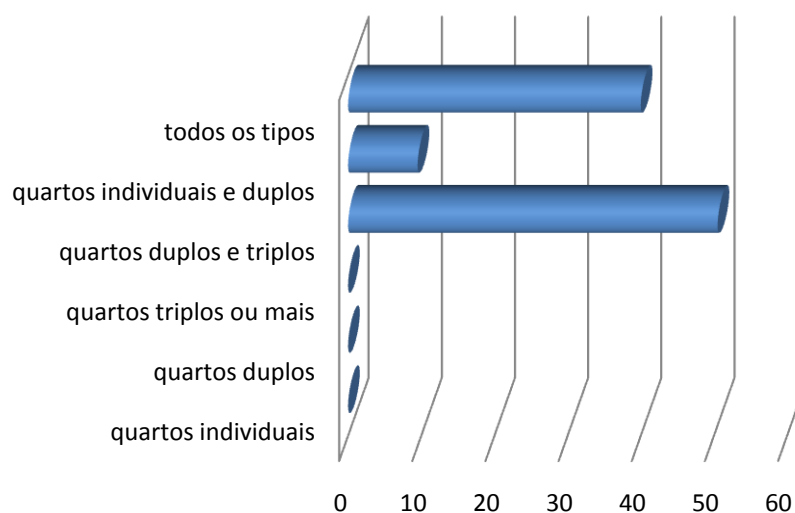
**Gráfico n.º 10** – Distribuição gráfica percentual dos idosos por estruturas físicas institucionais



Face à **unidade do utente** por instituição percebe-se que nenhuma apresenta unicamente quartos individuais, duplos, triplos ou mais. Relativamente às unidades mencionadas verifica-se que a sua percentagem é 0, o que representa a inexistência de unidades unicamente em quartos individuais, duplos, triplos ou mais. Constata-se então que nestas unidades analisadas as características são sempre encontrar os idosos a partilhar a unidade com outros. Face a esta realidade, em percentagem, 50,5% das instituições apresentam quartos duplos e triplos, o que significa que 53 dos idosos partilham a unidade com mais uma ou duas pessoas, caso estejam inseridos num quarto duplo ou triplo respectivamente, sendo a maior percentagem na totalidade dos idosos inquiridos. Segue-se o valor percentual de 40% atribuído a todos os tipos de unidades com 42 idosos, e que nestes casos já se poderá verificar a existência de quartos individuais ou qualquer um dos outros tipos mas nunca apenas um único tipo de unidade na mesma instituição. Por fim, os quartos individuais e duplos com 9,5% em valor percentual, o que corresponde a 10 idosos neste tipo de unidades como se pode analisar em pormenor na Tabela n.º 14 e Gráfico n.º 11.

**Tabela n.º 14** – Distribuição dos idosos por unidades de utente

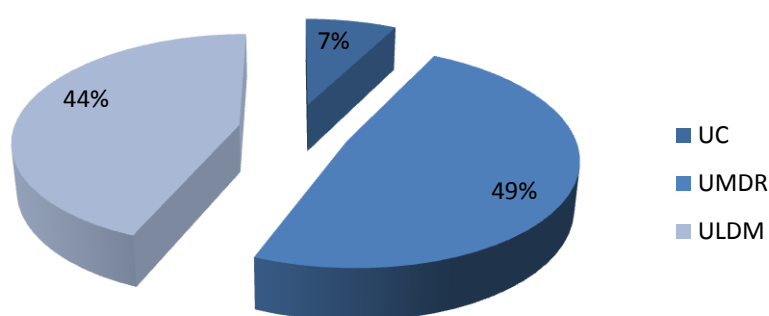
UNIDADE DO UTENTE	N.º	%
QUARTOS INDIVIDUAIS	0	0,0
QUARTOS DUPLOS	0	0,0
QUARTOS TRIPLOS OU MAIS	0	0,0
QUARTOS DUPLOS E TRIPLOS	53	50,5
QUARTOS INDIVIDUAIS E DUPLOS	10	9,5
TODOS OS TIPOS	42	40,0
TOTAL	105	100,0

**Gráfico n.º 11** – Distribuição gráfica percentual dos idosos por unidades de utente

Dadas as diferentes características das instituições mediante a sua ideologia pré estabelecida pela RNCCI considera-se importante apresentar o número de idosos que integra as unidades de internamento face à sua **tipologia**. Deste modo, as instituições aparecem divididas em três categorias diferentes sendo elas Unidade de Convalescença da qual apenas integra a UC de Loulé; Unidades de Média Duração e Reabilitação da qual integram a UMDR de Olhão e UMDR de Tavira; e por fim, a Unidade de Longa Duração e Manutenção da qual integram a ULDM de Estombar, ULDM de Algoz, ULDM de Faro, ULDM de Albufeira, ULDM de Silves e ULDM de Santa Catarina. Mediante esta tipologia emergem os resultados que se seguem na Tabela n.º 15 e distribuição gráfica n.º12.

**Tabela n.º 15** – Distribuição dos idosos pela tipologia da RNCCI

TIPOLOGIA	N.º	%
UNIDADES DE CONVALESCENÇA	8	7,6
UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO	51	48,6
UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO	46	43,8
TOTAL	105	100,0

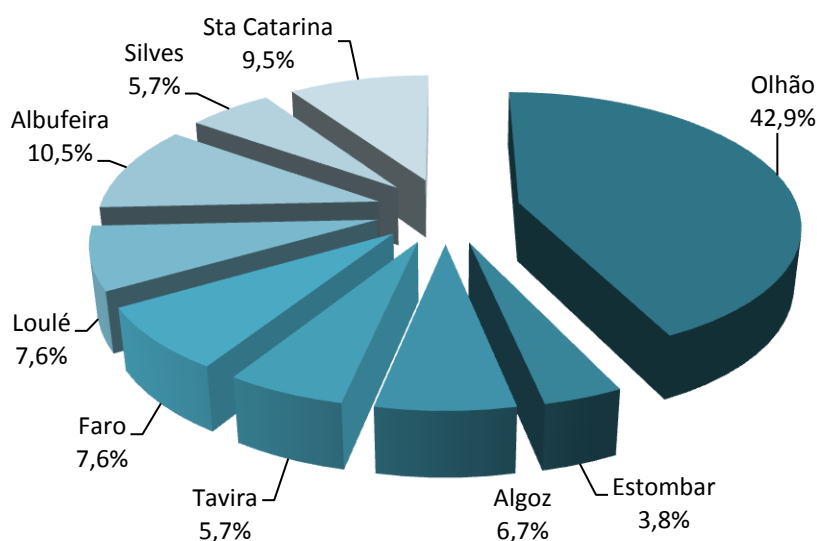
**Gráfico n.º 12** – Distribuição gráfica percentual dos idosos por tipologia institucional

### 1.3. CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO NA INSTITUIÇÃO

Face as distintas tipologias apresentadas anteriormente, evidencia-se agora a distribuição dos idosos em cada uma das instituições separadamente. Como se observa na tabela e gráfico a maioria dos idosos inquiridos encontram-se na UMDR de Olhão, com um valor percentual considerável de 42,9% com um total de 45 idosos. Segue-se com 10,5% a ULDM de Albufeira com um total de 11 idosos inquiridos e ULDM de Sta Catarina com 9,5% e 10 idosos inquiridos. As restantes instituições apresentam um valor de idosos inquiridos inferior aos 10 e respectivas percentagens inferiores a 10% como se pode constatar na análise estatística apresentada na Tabela n.º 16 e Gráfico n.º 13.

**Tabela n.º 16** – Distribuição dos idosos pelas respectivas instituições

INSTITUIÇÕES	N.º	%
UMDR DE OLHÃO	45	42,9
ULDM DE ESTOMBAR	4	3,8
ULDM DE ALGOZ	7	6,7
UMDR DE TAVIRA	6	5,7
ULDM DE FARO	8	7,6
UC DE LOULÉ	8	7,6
ULDM DE ALBUFEIRA	11	10,5
ULDM DE SILVES	6	5,7
ULDM DE STA CATARINA	10	9,5
TOTAL	105	100,0

**Gráfico n.º 13** - Distribuição gráfica percentual dos idosos inquiridos por instituição

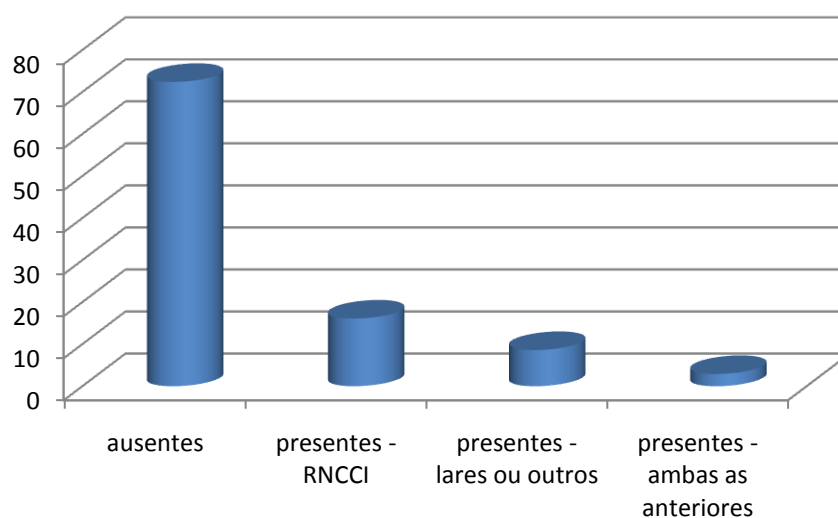
Face aos idosos institucionalizados e respectivo historial de internamentos anteriores (**antecedentes institucionais**) verifica-se que a maioria das pessoas inquiridas não apresenta quaisquer antecedentes deste tipo, com valores percentuais de 72,4% sem antecedentes contra 27,6% com antecedentes de internamentos anteriores. No entanto, neste último caso, a maioria dos idosos com historial de internamento vêm de outras instituições pertencentes à RNCCI como ilustram a tabela e gráfico que se seguem. Face aos antecedentes ressalva-se que os internamentos hospitalares não foram

considerados, sendo estes resultados relativos a instituições de carácter com alguma permanência e não de carácter unicamente curativo em fase aguda da doença (Tabela n.º 17 e Gráfico n.º 14).

**Tabela n.º 17** – Distribuição dos idosos face a existência/inexistência de antecedentes institucionais

ANTECEDENTES INSTITUCIONAIS	N.º	%
AUSENTES	76	72,4
PRESENTES - RNCCI	17	16,1
PRESENTES – LARES OU OUTROS	9	8,6
PRESENTES - AMBAS AS ANTERIORES	3	2,9
TOTAL	105	100,0

**Gráfico n.º 14** – Distribuição gráfica percentual dos idosos por historial de antecedentes institucionais



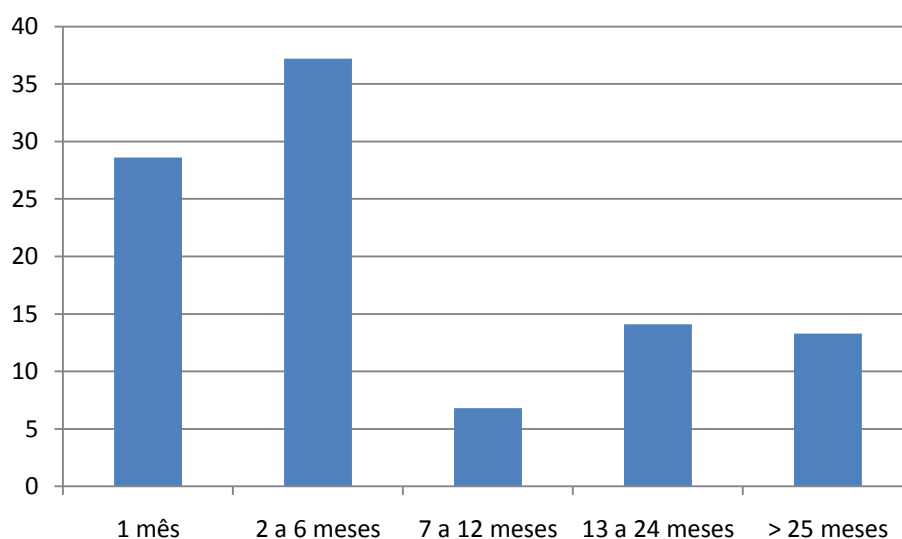
Relativamente à **duração de internamento**, ou seja, período de internamento que as pessoas idosas apresentam face à instituição em que se encontram na altura em que são submetidas ao questionário, verifica-se que o período de 2 a 6 meses de internamento é o mais frequente com um valor percentual de 37,2%, seguido do período igual ou inferior a 1 mês com 28,6% correspondente a 30 idosos. As restantes percentagens são inferiores a 15% e podem ser analisadas de forma detalhada na tabela e gráfico referentes à duração de internamento. Face aos resultados é possível concluir que a maioria dos idosos, numa percentagem considerável de 65,8% sendo relativo a

69 idosos, apresentam um período de internamento inferior ou igual a 6 meses. Em contrapartida, com valores de internamento superior a um ano encontramos 29 idosos, o que perfaz uma percentagem de 27,4%. No entanto, como já vimos as instituições da RNCCI apresentam um carácter transitório de doentes com períodos máximos de duração de internamento, o que poderá estar na origem da justificação destes valores (Tabela n.º 18 e Gráfico n.º 15).

**Tabela n.º 18 – Duração do internamento do idoso**

DURAÇÃO DE INTERNAMENTO	N.º	%
1 MES	30	28,6
2 A 6 MESES	39	37,2
7 A 12 MESES	7	6,8
13 A 24 MESES	15	14,1
> A 25 MESES	14	13,3
TOTAL	105	100,0

**Gráfico n.º 15 – Distribuição gráfica percentual dos idosos por duração de internamento**



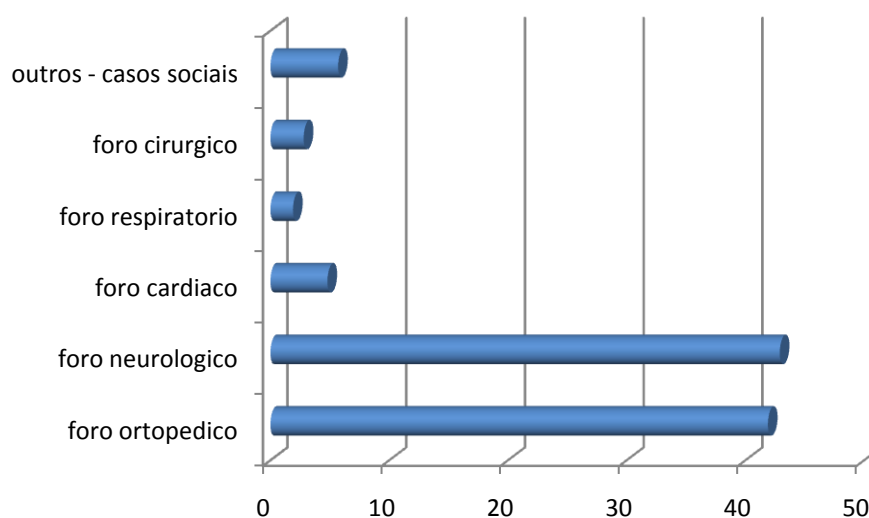
Sendo a população idosa inquirida considerada como institucionalizada e integrada na RNCCI – com características claras de critérios de inclusão anteriormente referenciados – estima-se que esta população padeça de doenças crónicas, no entanto apenas consideramos pertinente avaliar o

impacto da **doença actual** (sendo esta a causadora do internamento actual avaliado). Deste modo, classificou-se a doença/patologia mediante o âmbito da sua afectação (foro) como se percebe na Tabela n.º 19 e Gráfico n.º 16.

**Tabela n.º 19** – Distribuição dos idosos por foro de patologia actual

PATOLOGIA ACTUAL	N.º	%
FORO ORTOPÉDICO	44	41,9
FORO NEUROLÓGICO	45	42,9
FORO CARDÍACO	5	4,8
FORO RESPIRATÓRIO	2	1,9
FORO CIRÚRGICO	3	2,8
OUTROS – CASOS SOCIAIS	6	5,7
TOTAL	105	100,0

**Gráfico n.º 16** - Distribuição gráfica percentual dos idosos por foro de patologia actual



Mediante a exposição estatística acima evidenciada percebe-se que o foro ortopédico e neurológico assume uma relevância bastante significativa face à associação da patologia actual da pessoa idosa. Apesar de haver diferenças entre os dois foros anteriormente mencionados importa referir que apenas se distinguem por um elemento a mais no foro neurológico, o que faz com que este apresente uma percentagem de 42,9% enquanto o foro ortopédico decresce com 41,9%. No entanto, a soma destes faz com que as

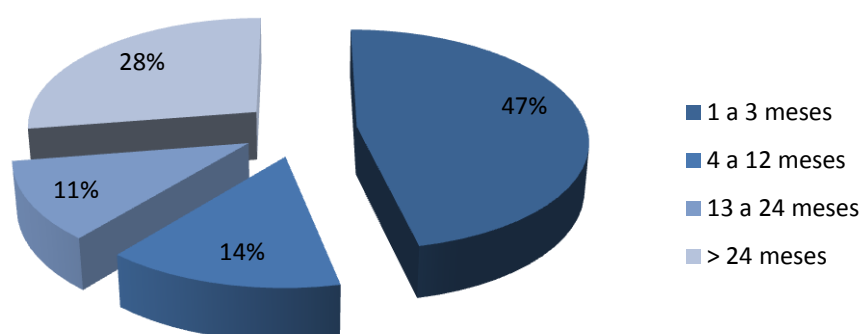
restantes áreas abordadas apenas apresentem uma percentagem global de 15,2%. Dada a experiência de contacto com o utente na aplicação directa dos questionários esperava-se este resultado, uma vez que a grande maioria dos internamentos verificados surgem de quedas (foro ortopédico) e AVC (foro neurológico) pode ajudar a perceber estes resultados.

Relativamente à doença analisou-se, também, a **duração da doença** (em meses) podendo esta apresentar algum impacto na QV da pessoa idosa.

**Tabela n.º 20** – Distribuição dos idosos por grupo de meses de duração da doença

DURAÇÃO DA DOENÇA ACTUAL	N.º	%
1 A 3 MESES	49	46,6
4 A 12 MESES	15	14,4
13 A 24 MESES	12	11,5
>24 MESES	30	27,5
TOTAL	105	100,0

**Gráfico n.º 17** – Distribuição gráfica percentual dos idosos por tempos de duração da doença



Os resultados expressos na Tabela n.º 20 e Gráfico n.º 17 evidenciam uma maior percentagem de pessoas no menor período de tempo, isto é, 49 dos idosos inquiridos apresenta a doença há cerca de 1-3 meses. Em contrapartida, o período de duração maior é referente a mais de 24 meses de duração de doença e representa 30 dos idosos do estudo.

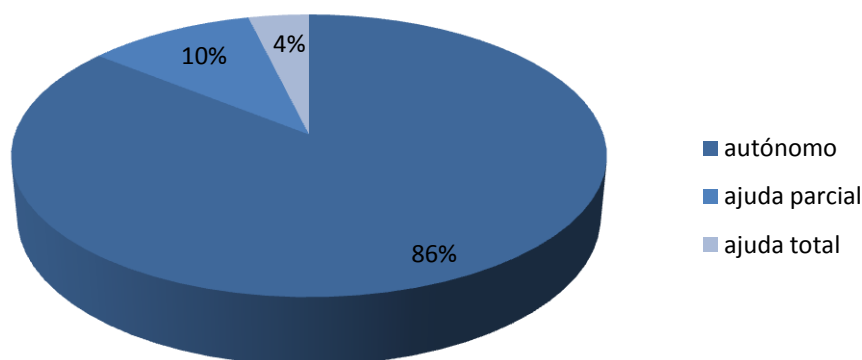
No que se refere à **condição física** da pessoa idosa, esta foi avaliada sob três categorias mediante o seu grau de autonomia face às AVD's. Neste âmbito, as categorias denominam-se de alimentação, mobilidade e higiene, cujos resultados estatísticos de cada uma delas serão apresentadas em formato de tabela e gráfico.

Relativamente à alimentação apresentam-se os valores atribuídos a três níveis de dependência: autónomo, ajuda parcial e ajuda total, como se pode analisar na Tabela n.º 21 e Gráfico n.º 18.

**Tabela n.º 21** – Distribuição dos idosos por nível de dependência na alimentação

CONDIÇÃO FÍSICA - ALIMENTAÇÃO	N.º	%
AUTÓNOMO	90	85,7
AJUDA PARCIAL	11	10,5
AJUDA TOTAL	4	3,8
TOTAL	105	100,0

**Gráfico n.º 18** – Distribuição gráfica percentual dos idosos por níveis de dependência na alimentação



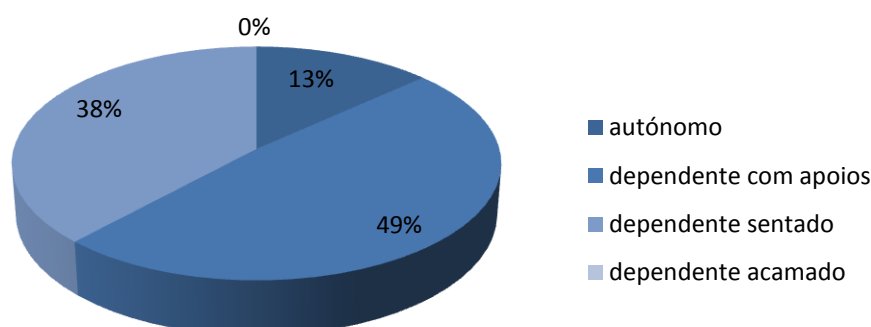
Segundo a representação gráfica e tabelar é de fácil compreensão reconhecer que cerca de 90% dos idosos são capazes de se alimentar de forma independente. No entanto, aproximadamente 10% necessitam de ajuda parcial para assegurar esta AVD e apenas na ordem dos 4% justificam ajuda total para se alimentarem.

Relativamente à mobilidade, definiram-se quatro níveis de dependência: autónomo, dependente com apoios, dependente sentado e dependente acamado. Face aos resultados emergem a Tabela n.º 22 e gráfico n.º 19 respectivamente. Mediante os dados, o que se verifica é uma população idosa maioritariamente dependente mas que consegue mobilizar-se com auxílio de apoios com 48,6%, seguido dos idosos dependentes sentados com um valor percentual de 38,1%. Relativamente aos idosos totalmente autónomos na mobilidade encontram-se 13,3%, o que remete para 14 idosos da totalidade dos inquiridos. No grau mais elevado de dependência a este nível – dependente acamado – não se encontrou quaisquer idosos nesta condição.

**Tabela n.º 22** – Distribuição dos idosos por níveis de dependência na mobilidade

CONDIÇÃO FÍSICA - MOBILIDADE	N.º	%
AUTÓNOMO	14	13,3
DEPENDENTE COM APOIOS	51	48,6
DEPENDENTE SENTADO	40	38,1
DEPENDENTE ACAMADO	0	0,0
TOTAL	105	100,0

**Gráfico n.º 19** – Distribuição gráfica percentual dos idosos por nível de dependência na mobilidade



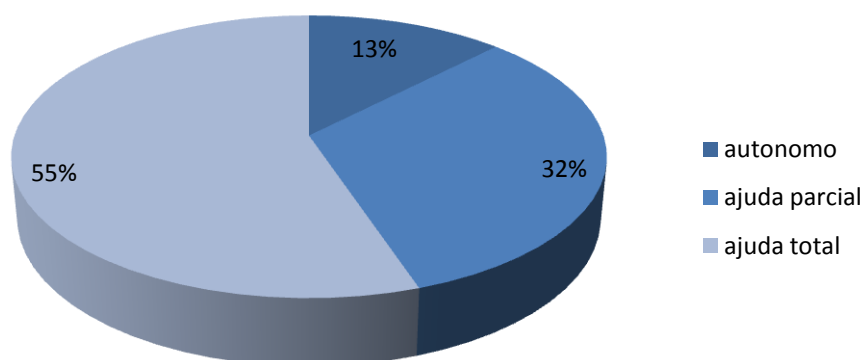
Face à condição física da pessoa idosa no que se refere à higiene encontramos esta categoria sub-dividida em três níveis, sendo eles: autónomo,

ajuda parcial e ajuda total. Neste âmbito, os resultados apontam para uma população maioritariamente dependente com necessidade de ajuda total nesta AVD, como demonstram os dados estatísticos (Tabela n.º 23 e Gráfico n.º 20).

**Tabela n.º 23** – Distribuição dos idosos por níveis de dependência na higiene

CONDIÇÃO FÍSICA - HIGIENE	N.º	%
AUTÓNOMO	13	12,4
AJUDA PARCIAL	34	32,4
AJUDA TOTAL	58	55,2
TOTAL	105	100,0

**Gráfico n.º 20** – Distribuição gráfica percentual dos idosos por nível de dependência na higiene



A análise dos dados anteriores traduz uma população idosa bastante dependente no que se refere à sua condição física face à higiene, isto é, mais de metade da população necessita de ajuda total nesta categoria com uma percentagem de aproximadamente 55%, o que corresponde a 58 idosos na totalidade dos 105 inquiridos. Neste âmbito, as pessoas independentes/ autónomas aparecem com uma percentagem bastante inferior à mencionada com apenas 13% de valor percentual, ao passo que os idosos com necessidade de ajuda parcial representam 32% da população estudada.

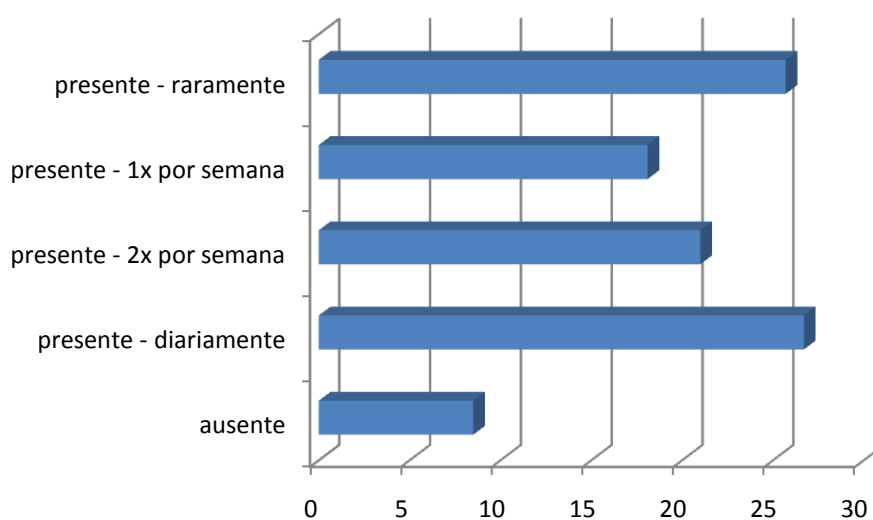
Relativamente ao apoio que a pessoa idosa recebe no que se refere ao **suporte social** foi avaliado mediante a sua existência ou inexistência e caso se

verifique o primeiro caso, qual a frequência do número de visitas. Neste caso, a Tabela n.º 24 que se segue ilustra os resultados face a esta variável.

**Tabela n.º 24** – Distribuição dos idosos por suporte social

SUORTE SOCIAL	N.º	%
AUSENTE	9	8,5
PRESENTE – DIARIAMENTE	28	26,7
PRESENTE – 2X POR SEMANA	22	21,0
PRESENTE – 1X POR SEMANA	19	18,1
RARAMENTE	27	25,7
TOTAL	105	100,0

**Gráfico n.º 21** – Distribuição gráfica percentual dos idosos relativa ao suporte social da pessoa



Surpreendentemente, ao analisar o Gráfico n.º 21, apenas se verificam cerca de 9% de idosos sem qualquer suporte social, isto é, ausência de visitas na condição de internamento em instituição. De forma antagónica, surgem os resultados no que se refere à presença de suporte social diariamente com a maior percentagem de 26,7%. Face aos valores obtidos compreende-se que em mais de 90% da população idosa apresentam suporte social no entanto, relativamente, ao suporte social que raramente se verifica encontramos uma percentagem considerável de 25,7% e os idosos que são visitados uma vez por semana apresentam uma percentagem de 18,1%.

Referente à **qualidade das visitas** avaliou-se a sua tipologia, podendo esta ser de origem familiar, amigos, ambos ou nenhuns. Face aos resultados apresentados na Tabela n.º 25, nesta população as visitas são maioritariamente de âmbito familiar com uma percentagem de 71,4%, ao passo que os amigos apenas visitaram 5% dos idosos. No entanto, os amigos e família quando associados reúnem uma percentagem de 18,1% o que corresponde a 19 idosos que para além da família recebem o apoio dos amigos.

**Tabela n.º 25** – Distribuição dos idosos por qualidade das visitas

QUALIDADE DAS VISITAS	N.º	%
FAMÍLIA	75	71,4
AMIGOS	5	4,8
AMBAS AS ANTERIORES	19	18,1
AUSÊNCIA DE VISITAS	6	5,7
TOTAL	105	100,0

Mediante o suporte social de cada pessoa idosa levantou-se a questão de **quem gostaria que a visitasse**, independentemente da qualidade e frequência das suas visitas e os resultados evidenciam que para além da família e amigos, mais de 70% gostariam de obter todo o tipo de visitas, ao passo que apenas em 17,1% dos casos preferem unicamente a família. Os amigos surgem com a importância expressa em cerca de 9% da totalidade dos resultados, como ilustra a Tabela n.º 26.

**Tabela n.º 26** – Distribuição dos idosos por preferência de tipo de visitas

PREFERÊNCIA DO TIPO DE VISITA	N.º	%
FAMÍLIA	18	17,1
AMIGOS	9	8,6
TODOS OS TIPOS	78	74,3
TOTAL	105	100,0

No que concerne à **participação nos cuidados** o que se verifica é uma acentuada ausência de envolvimento nos cuidados aos idosos por parte das

peçoas que compõe o suporte social individual de cada um. Neste contexto e, ao analisar a Tabela n.º 27, constata-se que 74,3% não recebem participação do suporte social nos cuidados.

**Tabela n.º 27** – Distribuição dos idosos por níveis de participação do suporte social nos cuidados

PARTICIPAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL	N.º	%
AUSENTE	78	74,3
PRESENTE - DIARIAMENTE	15	14,3
PRESENTE – 2X POR SEMANA	3	2,8
PRESENTE – 1X POR SEMANA	2	1,9
PRESENTE - RARAMENTE	7	6,7
TOTAL	105	100,0

A RNCCI apresenta a particularidade de permitir que as pessoas institucionalizadas sob indicação médica possam ausentar-se por um período pré-definido. Neste sentido, pareceu importante analisar a interferência das **saídas temporárias da instituição**, as quais foram analisadas sob a sua existência/inexistência e caso se verifique mediante a frequência com que essas saídas se manifestam. Na Tabela n.º 28 são mencionados os valores absolutos e percentagens face ao exposto. Neste sentido, verifica-se uma maior percentagem das pessoas que não se ausentam da instituição com uma percentagem avultada de 78%, sendo em oposição as saídas asseguradas por apenas 22% dos idosos institucionalizados e dentro deste grupo, apesar dos valores percentuais serem aproximados a taxa mais elevada cabe aos idosos que se ausentam todos os fins-de-semana, seguido dos idosos que raramente se ausentam da instituição.

**Tabela n.º 28** – Distribuição dos idosos por saídas temporárias da instituição

SAÍDAS DA INSTITUIÇÃO	N.º	%
NÃO	82	78,0
SIM – TODOS OS FINS-DE-SEMANA	8	7,6
SIM – QUINZENALMENTE	3	2,9
SIM – MENSALMENTE	5	4,8
SIM – RARAMENTE	7	6,7
TOTAL	105	100,0

Dada a complexidade das categorias contempladas na actividade física e o carácter específico de cada instituição que integra as pessoas idosas inquiridas considerou-se relevante efectuar o cruzamento da variável condição física com a tipologia da instituição, sendo considerado de **autonomia**. A Tabela n.º 29 expressa os valores absolutos e respectivas percentagens face aos graus de dependência da pessoa idosa em relação com o carácter institucional em que esta inserido. Importa ainda mencionar, que os distintos sete graus de dependência foram estimados mediante as limitações referidas na condição física no que respeita a associação das limitações ao nível da alimentação, mobilidade e higiene.

Como se pode avaliar a UC apenas apresenta 8 utentes e a metade destes doentes aqui contemplados apresentam uma discreta dependência, sendo que dois dos doentes são quase independentes e apenas um deles se apresenta como sendo totalmente independente, bem como apenas um moderadamente dependente. No entanto, a UMDR apresenta um número total de utentes mais significativo, com 51 dos 105 analisados. Nesta tipologia institucional, 15 dos doentes apresentam níveis de autonomia moderadamente dependente e outros 15 apresentam ligeira dependência o que perfaz um total de 58,8% da totalidade das pessoas inquiridas no estudo. Como seria de esperar, a ULDM detém os doentes mais dependentes e face aos resultados dos 46 doentes que integram estas instituições 3 deles são totalmente dependentes e 5 severamente dependentes, ao passo que na UC não se verificam quaisquer doentes deste tipo e na UMDR apresentam-se num número significativamente mais baixo.

**Tabela n.º 29** – Distribuição dos idosos por Autonomia (níveis de dependência) vs Tipologia das Instituições: Unidades de Internamento

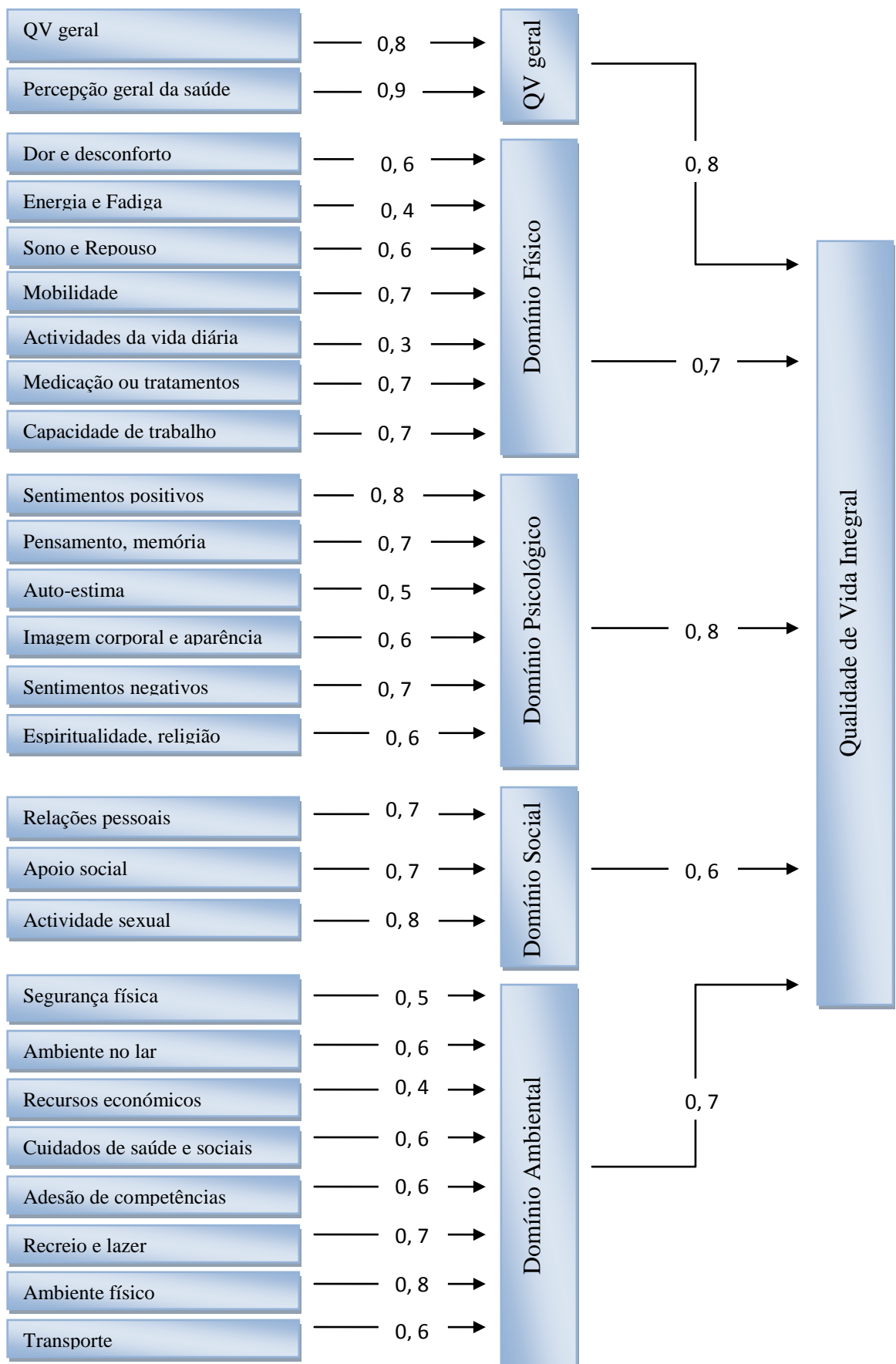
	AUTONOMIA	TIPOLOGIA DA INSTITUIÇÃO					
		UC		UMDR		ULDM	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%
CONDIÇÃO FÍSICA	TOTALMENTE INDEPENDENTE	1		4		3	
			12,5		7,8		7,6
	QUASE INDEPENDENTE	2		2		7	
			25,0		3,9		15,2
	DISCRETAMENTE DEPENDENTE	4		11		9	
			50,0		21,6		19,6
	LIGEIRAMENTE DEPENDENTE	0		15		8	
			0,0		29,4		17,4
	MODERADAMENTE DEPENDENTE	1		5		11	
			12,5		29,4		23,9
	SEVERAMENTE DEPENDENTE	0		3		5	
			0,0		5,9		10,9
	TOTALMENTE DEPENDENTE	0		1		3	
		0,0		2,0		6,5	
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	

#### 1.4. CARACTERIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Através do teste de Correlação de Pearson foi possível aferir os resultados significativos acerca do instrumento aplicado, referente à relação estabelecida entre os domínios definidos pela escala WHOQOL-bref e as facetas que os compõem. Deste modo, analisando a Figura n.º 10 verificamos fortes correlações em praticamente todos os itens quando relacionados com os respectivos domínios. Analisando como se comportam as questões do instrumento na nossa amostra, referentes aos itens encontram-se fortes correlações, nomeadamente na percepção geral da saúde com um valor de 0,9. Em domínios, a faceta geral e o domínio psicológico apresentam os

valores mais elevados com 0,8. O somatório de todos os itens (QV integral) quando relacionada com cada domínio separadamente apresenta, igualmente, valores de correlação bastante significativos.

**Figura n.º 10** – Esquema de correlações dos itens com os respectivos domínios e dos domínios com a totalidade dos itens da escala WHOQOL-bref



## 2. ANÁLISE INFERENCIAL

A análise que se segue permite obter conhecimento acerca das hipóteses testadas e deste modo, validar ou refutar cada uma das hipóteses que em seguida se apresentam mediante as distintas categorias anteriormente apresentadas.

Neste estudo foi efectuada uma análise assente na utilização de testes paramétricos e cuja distribuição da amostra não apresenta normalidade (pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e teste Shapiro-Wilk). Assim sendo, face ao teorema do limite central, pôde-se aplicar de igual forma os testes paramétricos com aplicação dos testes ANOVA, correlação de Pearson e teste t-student porque estes apresentam um carácter fidedigno e viável de aplicabilidade mesmo em distribuições anormais (Maroco, 2003).

Face à verificação das hipóteses, as mesmas foram testadas estatisticamente através dos testes mencionados que, agora, se explica a sua aplicabilidade: *ANOVA* (Análise de Variância) – efectua a comparação de médias de duas ou mais populações de onde foram extraídas das amostras aleatórias e independentes; *Teste Post -hoc: Bonferroni* – utiliza-se para após a aplicação do teste ANOVA com o intuito de despistar de entre as médias populacionais significativamente verificadas, quais dos pares de médias são diferentes. Este teste é potente para amostras pequenas; *Correlação de Pearson* – aplica-se em variáveis contínuas para verificar a diferença de médias; *T-student* – testar a média se as duas populações são ou não significativamente diferentes (Maroco, 2003).

De modo a evidenciar os resultados obtidos de forma clara e pouco exhaustiva emergem apenas tabelas com os valores resultantes da aplicabilidade dos testes, referente aos domínios em que foram encontrados valores significativos, sob a nomenclatura de D1 (Domínio Físico), D2 (Domínio Psicológico), D3 (Domínio Social), D4 (Domínio Ambiental) e Dgeral (Faceta Geral).

**Categoria A – Relação estabelecida entre as variáveis referentes à condição do idoso**

$H_{A1}$  – Os idosos institucionalizados com maior idade apresentarão uma percepção de menor Qualidade de Vida.

Na tentativa de verificar a validade da hipótese utilizou-se um teste de correlação de Pearson para aferir a relação existente entre a variável idade e a QV e quais os respectivos valores das diferenças de médias. No entanto, face aos resultados obtidos não se verificam relações significativas entre as variáveis nos diversos domínios o que nos leva a refutar a hipótese testada. Os valores obtidos foram: Dgeral:  $r = 0,073$  e  $p = 0,461$ ; D1:  $r = 0,068$  e  $p = 0,493$ ; D2:  $r = 0,188$  e  $p = 0,055$ ; D3:  $r = 0,129$  e  $p = 0,189$ ; D4:  $r = 0,102$  e  $p = 0,302$ .

$H_{A2}$  – As mulheres idosas institucionalizadas apresentarão uma percepção de menor Qualidade de Vida.

Para testar esta hipótese utilizou-se o teste t-student para avaliar a diferença de médias significativa entre dois grupos: masculino e feminino. Neste caso, no que respeita a relação existente entre o género da pessoa e a sua percepção de QV foram encontrados valores significativos ao nível do domínio físico, os quais serão apresentados na Tabela n.º 30. Os restantes valores de domínios encontrados foram os seguintes: Dgeral:  $t = 0,134$  e  $p = 0,894$ ; D2:  $t = 0,437$  e  $p = 0,663$ ; D3:  $t = 0,593$  e  $p = 0,555$ ; D4:  $t = 0,313$  e  $p = 0,755$ .

Como já referido, o domínio Físico apresentou valores significativos e face à diferença de médias evidenciada valida-se a hipótese testada.

**Tabela n.º 30** – Análise da diferença de médias no que refere ao género no Domínio Físico

GÉNERO	N	MEDIA	t	p
MASCULINO	44	36,60	2,844	0,005
FEMININO	61	29,80		

$H_{A3}$  – Os idosos com um grau mais elevado de escolaridade apresentam uma percepção de maior QV

Para avaliar a relação entre a escolaridade e a QV da pessoa foi utilizado o teste ANOVA para efectuar diferença de médias entre mais de dois grupos. No entanto, face aos resultados evidenciados esta hipótese tem de ser refutada, uma vez que não se verificam valores de  $p$  iguais ou inferiores a 0,05 em nenhum dos domínios analisados: Dgeral:  $F = 0,625$  e  $p = 0,057$ ; D1:  $F = 0,625$  e  $p = 0,710$ ; D2:  $F = 1,425$  e  $p = 0,213$ ; D3:  $F = 1,025$  e  $p = 0,414$ ; D4:  $F = 1,289$  e  $p = 0,269$ .

$H_{A4}$  – As pessoas idosas com profissões mais qualificadas apresentam uma percepção de maior de QV.

Para comprovar esta possível relação foi utilizado o teste ANOVA cujos resultados não evidenciam uma relação significativa, uma vez que Dgeral:  $F = 0,929$  e  $p = 0,429$ ; D1:  $F = 0,182$  e  $p = 0,909$ ; D2:  $F = 1,131$  e  $p = 0,340$ ; D3:  $F = 0,939$  e  $p = 0,425$ ; D4:  $F = 1,084$  e  $p = 0,360$ . Deste modo, a hipótese testada tem de ser refutada.

$H_{A5}$  – Os idosos casados detêm uma percepção de maior Qualidade de Vida.

Na análise da hipótese referente ao estado civil e após a aplicação do teste ANOVA detecta-se uma relação significativa em dois dos domínios em estudo: Domínio físico e Domínio social. Nos restantes domínios os valores obtidos foram: Dgeral:  $F = 1,051$  e  $p = 0,393$ ; D2:  $F = 0,433$  e  $p = 0,824$ ; D4:  $F = 1,867$  e  $p = 0,107$ . Os resultados das diferenças de médias significativos para os domínios relevantes (D1 e D3) são expressos na Tabela n.º 31 e Tabela n.º 32 respectivamente.

**Tabela n.º 31** – Análise da diferença de médias referente ao estado civil no Domínio Físico

ESTADO CIVIL	N	MEDIA	F	p
SOLTEIRO	15	32,61	5,164	0,001
CASADO	37	31,37		
UNIÃO DE FACTO	3	40,47		
SEPARADO	2	41,07		
DIVORCIADO	4	58,92		
VIÚVO	44	30,43		
TOTAL	105	32,65		

**Tabela n.º 32** – Análise da diferença de médias referente ao estado civil no Domínio Social

ESTADO CIVIL	N	MEDIA	F	p
SOLTEIRO	15	32,77	10,268	0,001
CASADO	37	62,61		
UNIÃO DE FACTO	3	44,44		
SEPARADO	2	37,50		
DIVORCIADO	4	56,25		
VIÚVO	44	39,58		
TOTAL	105	47,46		

No domínio físico, os divorciados apresentam uma média mais elevada e quando aplicado o teste pos-Hoc verificam-se valores significativos em relação ao solteiro, casado e viúvo, com valores de  $p=0,001$ ,  $p=0,001$  e  $p=0,001$  respectivamente. Sob uma análise mais apertada relativamente a este domínios, através do teste Post-Hoc pelo método de Bonferroni, verificam-se diferenças significativas no domínio social, em que o estado civil: solteiro apresenta a média mais baixa relativamente aos restantes apresentando diferenças significativas relativamente ao casado e viúvo com  $p=0,001$ . Em contrapartida, o casado apresenta a média mais elevada no domínio social.

Deste modo, a hipótese testada é válida.

$H_{A6}$  – A pessoa idosa com rendimento económico elevado apresenta uma percepção de maior QV.

Face a esta hipótese o teste utilizado foi a ANOVA cujos resultados não revelaram diferença de médias significativas, como se verifica: Dgeral:  $F=1,242$  e  $p=0,298$ ; D1:  $F=0,090$  e  $p=0,965$ ; D2:  $F=0,860$  e  $p=0,464$ ; D3:  $F=1,165$  e  $p=0,327$ ; D4:  $F=1,412$  e  $p=0,244$ . Deste modo, e dados os resultados obtidos, a hipótese é refutada.

Categoria B – Relação estabelecida entre as variáveis referentes à instituição

$H_{B7}$  – A maior lotação da instituição interfere com a percepção de uma menor Qualidade de Vida da pessoa idosa.

Ao efectuar a aplicação do teste de correlação de Pearson para testar a validade da hipótese apresentada verifica-se uma relação significativa apenas ao nível do domínio social, como se pode constatar na Tabela n.º 33. Ao nível dos resultados não significativos destaca-se: Dgeral:  $F=0,033$  e  $p=0,739$ ; D1:  $F=-0,025$  e  $p=0,799$ ; D2:  $F=0,011$  e  $p=0,908$ ; D4:  $F=0,113$  e  $p=0,249$ .

**Tabela n.º 33** – Análise da diferença de médias referente à lotação das instituições no Domínio Social

	N	MEDIA	r	p
LOTAÇÃO	105	47,46	-0,203	0,038

No que se refere à análise dos resultados significativos permite-nos validar a hipótese e concluir que a maior lotação das instituições está relacionada com uma percepção de menor QV no domínio social.

H<sub>B8</sub> – Uma boa equipa multidisciplinar está relacionada com a percepção que a pessoa idosa apresenta acerca de uma maior QV.

Para testar a hipótese acima referida foi utilizado o teste de T-student para avaliar a diferença de médias entre duas variáveis. Os resultados obtidos não revelaram diferenças significativas, como se pode analisar nos valores que se apresentam para cada domínio: Dgeral:  $F = 0,269$  e  $p = 0,605$ ; D1:  $F = 0,716$  e  $p = 0,399$ ; D2:  $F = 0,191$  e  $p = 0,663$ ; D3:  $F = 2,855$  e  $p = 0,094$ ; D4:  $F = 1,141$  e  $p = 0,288$ . Deste modo, a hipótese é refutada.

H<sub>B9</sub> – Uma dinâmica institucional rígida está relacionada com a percepção que a pessoa idosa apresenta acerca de uma menor QV.

No que refere à hipótese a testar não é possível aplicar qualquer tipo de teste uma vez que apenas se verificam uma variável em estudo: dinâmica flexível, motivo pelo qual não é possível verificar a diferença de médias pela inexistência de variabilidade da variável independente.

H<sub>B10</sub> – O facto da pessoa idosa estar inserida numa instituição dotada de bom equipamento está associado à percepção de uma maior QV.

Para testar esta hipótese seria necessário haver pelo menos duas variáveis em estudo. Dada a inexistência das mesmas uma vez que a análise descritiva revela que todas as instituições são dotadas de bom equipamento, não se poderá efectuar o teste desta hipótese.

H<sub>B11</sub> – A condição da estrutura física adaptada da instituição está relacionada com a percepção que o idoso tem acerca de uma maior Qualidade de Vida.

Para validar esta hipótese foi aplicado o teste de análise de diferença de médias ANOVA e os resultados evidenciam uma diferença significativa no que diz respeito ao domínio social e domínio ambiental como ilustram a Tabela n.º

34 e Tabela n.º 35. Os restantes resultados apresentam os seguintes valores: Dgeral:  $F = 0,039$  e  $p = 0,962$ ; D1:  $F = 0,740$  e  $p = 0,480$ ; D2:  $F = 0,381$  e  $p = 0,684$ .

**Tabela n.º 34** – Análise da diferença de médias referente à estrutura física no Domínio Social

ESTRUTURA FÍSICA	N	MÉDIA	F	p
EDIFÍCIO RECENTE	24	33,68	8,756	0,001
EDIFÍCIO ADAPTADO	10	58,33		
EDIFÍCIO ANTIGO	71	50,58		
TOTAL	105	47,46		

**Tabela n.º 35** – Análise da diferença de médias referente à estrutura física no Domínio Ambiental

ESTRUTURA FÍSICA	N	MÉDIA	F	p
EDIFÍCIO RECENTE	24	50,00	3,136	0,048
EDIFÍCIO ADAPTADO	10	58,43		
EDIFÍCIO ANTIGO	71	49,60		
TOTAL	105	50,53		

Analisando as tabelas acima referidas com análise dos domínios com valores de  $p < 0,05$  e através da aplicação de um teste Post-hoc sob o método de Bonferroni, verificamos que face à estrutura física no Domínio Social o edifício recente apresenta-se significativamente mais relevante que os restantes edifícios com valores de  $p$  (edifício antigo) = 0,003 e  $p$  (edifício adaptado) = 0,001 respectivamente. Relativamente ao Domínio Ambiental, verifica-se uma relação da estrutura física antiga quando comparado com o edifício adaptado, cujas diferenças de médias apresentam valores significativos, com um valor de  $p = 0,043$ . Deste modo, a hipótese é validada.

$H_{B12}$  – A unidade do utente está associada à sua percepção de qualidade de vida: tanto maior quanto menor for o número de utentes por unidade.

No que se refere à hipótese relacionada com a condição da unidade do utente o teste utilizado a que se recorreu efectuou uma análise de diferença de

médias através da ANOVA cujos resultados não revelaram diferenças significativas, como se pode analisar nos resultados: Dgeral:  $F = 1,865$  e  $p = 0,160$ ; D1:  $F = 1,102$  e  $p = 0,336$ ; D2:  $F = 1,177$  e  $p = 0,312$ ; D3:  $F = 2,733$  e  $p = 0,070$ ; D4:  $F = 0,814$  e  $p = 0,446$ . Deste modo, a hipótese é refutada.

$H_{B13}$  – As pessoas idosas inseridas nas UMDR estão associadas a uma percepção de maior QV.

A análise desta variável surge através da aplicação do teste ANOVA e como ilustra a Tabela n.º 36 constata-se que há valores significativos no que diz respeito ao Domínio 3, com um  $p = 0,001$ . Relativamente aos outros domínios os valores obtidos são: Dgeral:  $F = 0,067$  e  $p = 0,936$ ; D1:  $F = 0,135$  e  $p = 0,873$ ; D2:  $F = 0,660$  e  $p = 0,519$ ; D4:  $F = 2,357$  e  $p = 0,100$ , motivo pelo qual apenas se apresenta em tabela os resultados referentes ao domínio social.

**Tabela n.º 36** – Análise da diferença de médias referente à tipologia institucional no Domínio Social

TIPOLOGIA	N	MÉDIA	F	p
UC	8	51,04	6,943	0,001
UMDR	51	54,08		
ULDm	46	39,49		
TOTAL	105	47,46		

Procedendo a múltiplas comparações, através do teste Post-hoc pelo método de Bonferroni, os resultados analisados revelam diferenças significativas entre a UMDR e ULDM, apresentando um valor de  $p = 0,001$  em ambos respectivamente, o que significa que o grau de dependência infere na percepção de QV: quanto menor o nível de dependência, maior a QV. Assim sendo, valida-se a hipótese testada.

Categoria C – Relação estabelecida entre as variáveis referentes ao idoso na instituição

H<sub>C14</sub> – O facto da pessoa idosa apresentar outros antecedentes institucionais está relacionado com a sua percepção de menor qualidade de vida.

A análise da hipótese foi verificada pelo teste ANOVA e revela não apresentar valores significativos, os quais apresentam valores de  $p < 0,05$ : D<sub>geral</sub>:  $F = 2,266$  e  $p = 0,085$ ; D1:  $F = 1,837$  e  $p = 0,145$ ; D2:  $F = 0,302$  e  $p = 0,824$ ; D3:  $F = 0,240$  e  $p = 0,868$ ; D4:  $F = 0,275$  e  $p = 0,844$ . Desta forma, e sem níveis de diferença de médias significativas, a hipótese tem de ser refutada e não se pode dizer que neste estudo haja uma relação estabelecida entre a condição da unidade do utente com a percepção que o mesmo detém acerca da sua QV.

H<sub>C15</sub> – Um período maior de Duração do Internamento da pessoa idosa está associado a uma percepção de menor qualidade de vida.

Nesta variável foi utilizado o teste de correlação de Pearson para testar a hipótese em análise. Face aos resultados não se observa nenhuma diferença de médias significativa motivo pelo qual se refuta a hipótese em estudo. Os resultados obtidos através do teste em análise são os seguintes: D<sub>geral</sub>:  $r = 0,036$  e  $p = 0,713$ ; D1:  $r = 0,104$  e  $p = 0,293$ ; D2:  $r = 0,118$  e  $p = 0,231$ ; D3:  $r = -0,109$  e  $p = 0,267$ ; D4:  $r = 0,064$  e  $p = 0,516$ . O período em que a pessoa institucionalizada permanece nesta condição, segundo este estudo, não apresenta resultados significativos.

H<sub>C16</sub> – A doença actual do foro ortopédico está associada a uma percepção de maior QV quando relacionada a outras.

A análise da hipótese foi verificada pelo teste ANOVA e apresenta valores não significativos, sendo eles: D<sub>geral</sub>:  $F = 0,813$  e  $p = 0,543$ ; D1:  $F = 0,733$  e  $p = 0,600$ ; D2:  $F = 1,250$  e  $p = 0,292$ ; D3:  $F = 1,139$  e  $p = 0,345$ ; D4:  $F = 0,699$  e  $p = 0,625$ . Desta forma, e sem níveis de diferença de médias

significativas a hipótese tem de ser refutada e não se pode dizer que neste estudo haja uma relação estabelecida entre as doenças actuais e a percepção da pessoa idosa acerca da QV.

H<sub>C17</sub> – Um maior período de duração da doença actual esta associado a percepção de uma menor QV por parte da pessoa idosa.

Para validar esta hipótese utilizou-se o teste de correlação de Pearson. Face aos resultados não se observa nenhuma diferença de médias significativa motivo pelo qual se refuta a hipótese em estudo. Os resultados obtidos através do teste em análise são os seguintes: Dgeral:  $r = 0,011$  e  $p = 0,910$ ; D1:  $r = -0,030$  e  $p = 0,758$ ; D2:  $r = 0,054$  e  $p = 0,583$ ; D3:  $r = -0,064$  e  $p = 0,514$ ; D4:  $r = -0,010$  e  $p = 0,921$ . Mediante estes valores, a hipótese tem de ser refutada.

H<sub>C18</sub> – A pessoa idosa apresenta uma percepção de uma maior QV quando a sua Condição Física se apresenta em menor grau de dependência nos seguintes níveis: alimentação, Mobilidade e Higiene.

Na tentativa de validar a hipótese acima referida foi utilizado o teste de análise de diferença de médias ANOVA e o que se verificou foram diferenças de médias significativas em diversos domínios que em seguida se apresentam por diferentes áreas de possível limitação. Relativamente à alimentação foram detectados valores de  $p < 0,05$  nos domínios de âmbito geral (Tabela n.º 37), psicológico (Tabela n.º 38) e ambiental (Tabela n.º 39). Os restantes valores obtidos não significativos são: D1:  $F = 2,975$  e  $p = 0,056$ ; D3:  $F = 0,692$  e  $p = 0,503$ .

**Tabela n.º 37** – Análise da diferença de médias referente à condição física: alimentação no Domínio Geral

ALIMENTAÇÃO	N	MEDIA	F	p
AUTÓNOMO	90	46,25	5,767	0,004
AJUDA PARCIAL	11	32,95		
AJUDA TOTAL	4	25,00		
<b>TOTAL</b>	105	44,04		

Mediante a aplicação de um teste pos-hoc pelo método de Bonferroni verifica-se que ao nível do domínio geral, a pessoa autónoma apresenta um valor mais significativo relativamente à pessoa com necessidade de ajuda parcial e total (ambos com  $p=0,044$ ).

**Tabela n.º 38** – Análise da diferença de médias referente à condição física: alimentação no Domínio Psicológico

ALIMENTAÇÃO	N	MEDIA	F	p
AUTÓNOMO	90	56,48	6,582	0,002
AJUDA PARCIAL	11	43,93		
AJUDA TOTAL	4	37,50		
<b>TOTAL</b>	105	54,44		

Mediante a aplicação de um teste pos-hoc pelo método de Bonferroni verifica-se que ao nível do domínio psicológico, a pessoa autónoma apresenta um valor mais significativo relativamente à pessoa com necessidade de ajuda parcial e total, com valores de significância de  $p=0,023$  e  $p=0,034$  respectivamente.

**Tabela n.º 39** – Análise da diferença de médias referente à condição física: alimentação no Domínio Ambiental

ALIMENTAÇÃO	N	MEDIA	F	p
AUTÓNOMO	90	51,84	5,397	0,006
AJUDA PARCIAL	11	44,03		
AJUDA TOTAL	4	39,06		
<b>TOTAL</b>	105	50,53		

Mediante a aplicação de um teste pos-hoc pelo método de Bonferroni verifica-se que ao nível do domínio ambiental, a pessoa autónoma apresenta um valor mais significativo relativamente à pessoa com necessidade de ajuda parcial e total, com valores de significância de  $p=0,059$  e  $p=0,051$ . Neste caso, apesar do teste ANOVA apresentar um p significativo, o mesmo não se verifica na aplicação do teste Post-hoc pelo método de Bonferroni, o que se poderia verificar se houvesse um aumento da amostra.

Relativamente à mobilização foram detectados valores de  $p < 0,05$  nos domínios de âmbito geral (Tabela n.º 40) , físico (Tabela n.º 41) e ambiental (Tabela n.º 42). Os restantes valores obtidos não significativos são: D2:  $F=1,648$  e  $p=0,198$ ; D3:  $F=2,492$  e  $p=0,088$ .

**Tabela n.º 40** – Análise da diferença de médias referente à condição física: mobilização no Domínio Geral

MOBILIZAÇÃO	N	MEDIA	F	p
AUTÓNOMO	14	45,53	3,174	0,046
DEPENDENTE COM APOIOS	51	47,79		
DEPENDENTE SENTADO	40	38,75		
TOTAL	105	44,04		

Mediante a aplicação de um teste pos-hoc pelo método de Bonferroni verifica-se que ao nível do domínio geral, a pessoa dependente com apoios apresenta um valor mais significativo relativamente à pessoa com dependente sentado, cujo valor de significância é  $p= 0,043$ .

**Tabela n.º 41** – Análise da diferença de médias referente à condição física: mobilização no Domínio Físico

MOBILIZAÇÃO	N	MEDIA	F	p
AUTÓNOMO	14	41,58	15,108	0,001
DEPENDENTE COM APOIOS	51	35,85		
DEPENDENTE SENTADO	40	25,44		
TOTAL	105	32,65		

Mediante a aplicação de um teste pos-hoc pelo método de Bonferroni verifica-se que ao nível do domínio físico, referente à limitação de dependente sentado apresenta um valor menos significativo relativamente ao caso de autónomo e dependente com apoios, cujos valores de significância são ambos de  $p= 0,001$ .

**Tabela n.º 42** – Análise da diferença de médias referente à condição física: mobilização no Domínio Ambiental

MOBILIZAÇÃO	N	MEDIA	F	p
AUTÓNOMO	14	57,14	7,339	0,001
DEPENDENTE COM APOIOS	51	52,14		
DEPENDENTE SENTADO	40	46,17		
TOTAL	105	50,53		

Mediante a aplicação de um teste pos-hoc pelo método de Bonferroni verifica-se que ao nível do domínio ambiental, referente à limitação de dependente sentado apresenta um valor menos significativo relativamente ao caso de autónomo e dependente com apoios, cujos valores de significância são de  $p=0,002$  e  $p=0,019$  respectivamente.

Relativamente à higiene foram detectados valores de  $p<0,05$  nos domínios de âmbito geral, físico e ambiental. Os restantes valores obtidos não significativos são: D2:  $F=2,186$  e  $p=0,118$ ; D3:  $F=1,323$  e  $p=0,271$ . As tabelas que se seguem evidenciam os domínios relevantes e respectivos resultados cuja diferença de médias é significativa. (Tabela n.º 43, Tabela n.º 44 e Tabela n.º 45).

**Tabela n.º 43** – Análise da diferença de médias referente à condição física: higiene no Domínio Geral

HIGIENE	N	MEDIA	F	p
AUTÓNOMO	13	51,92	5,962	0,004
AJUDA PARCIAL	34	49,63		
AJUDA TOTAL	58	39,00		
TOTAL	105	44,04		

Mediante a aplicação de um teste pos-hoc pelo método de Bonferroni verifica-se que ao nível do domínio geral, referente à limitação de necessidade de ajuda total apresenta um valor menos significativo relativamente ao caso de autónomo e ajuda total, cujos valores de significância são de  $p=0,040$  e  $p=0,012$  respectivamente.

**Tabela n.º 44** – Análise da diferença de médias referente à condição física: higiene no Domínio Físico

HIGIENE	N	MEDIA	F	p
AUTÓNOMO	13	46,97	19,857	0,001
AJUDA PARCIAL	34	35,92		
AJUDA TOTAL	58	27,52		
TOTAL	105	32,65		

Mediante a aplicação de um teste pos-hoc pelo método de Bonferroni verifica-se que ao nível do domínio físico, referente ao autónomo apresenta um valor mais significativo relativamente à necessidade de ajuda parcial e ajuda total, cujos valores de significância são de  $p= 0,006$  e  $p=0,001$  respectivamente.

**Tabela n.º 45** – Análise da diferença de médias referente à condição física: higiene no Domínio Ambiental

HIGIENE	N	MEDIA	F	p
AUTÓNOMO	13	59,37	6,734	0,002
AJUDA PARCIAL	34	51,37		
AJUDA TOTAL	58	48,06		
TOTAL	105	50,53		

Mediante a aplicação de um teste pos-hoc pelo método de Bonferroni verifica-se que ao nível do domínio ambiental, referente ao autónomo apresenta (apenas) um valor mais significativo relativamente à necessidade de ajuda total com valor de significância de  $p= 0,001$ . No caso da ajuda parcial, neste domínio e face a aplicação deste teste apresenta um valor de  $p=0,053$  o que revela um resultado pouco significativo.

$H_{C19}$  – A pessoa idosa apresenta uma percepção de QV tanto mais elevada quanto maior for a presença de Suporte Social a que são sujeitos.

Ao tentar aferir a validade da variável referente ao suporte social aplicamos um teste ANOVA e foram obtidos valores significativos ao nível do

domínio social. Os restantes domínios apresentam os seguintes resultados: Dgeral:  $F= 1,308$  e  $p=0,272$ ; D1:  $F=0,805$  e  $p=0,525$ ; D2:  $F=1,864$  e  $p=0,123$ ; D4:  $F=0,572$  e  $p=0,684$ . Face ao domínio 3 – social – os resultados emergem expressos na Tabela n.º46.

**Tabela n.º 46** – Análise da diferença de médias referente ao suporte social no Domínio Social

SUORTE SOCIAL	N	MEDIA	F	p
AUSENTE	9	25,00	4,858	0,001
PRESENTE – DIARIAMENTE	28	55,35		
PRESENTE – 2X SEMANA	22	51,89		
PRESENTE – 1X SEMANA	19	46,92		
RARAMENTE	27	43,51		
TOTAL	105	47,46		

Mediante a aplicação de um teste pos-hoc pelo método de Bonferroni verifica-se que ao nível do domínio social, verificamos apenas diferenças significativas entre os que não apresentam (ausente) suporte social e aqueles que este se verifica diariamente e 2x semana com valores respectivos de significância de  $p=0,001$  e  $p=0,006$ . Nas restantes alternativas, nomeadamente 1x semana e raramente não detectamos quaisquer valor significativo, isto é, quer a pessoa apresente visitas 2x por semana ou raramente não tem qualquer relação significativa na sua percepção da QV.

$H_{C20}$  – A presença da família como visita está associada à percepção que a pessoa idosa tem de uma maior QV.

Ao nível da qualidade das visitas utilizou-se o teste ANOVA para validar esta hipótese. Os resultados indicam que, mais uma vez, apenas no domínio social se evidenciam valores significativos, com  $p=0,017$ , ao passo que nos restantes domínios não manifestam relevância na QV da pessoa idosa neste âmbito: Dgeral:  $F= 0,582$  e  $p=0,628$ ; D1:  $F=1,415$  e  $p=0,243$ ; D2:  $F=2,657$  e  $p=0,052$ ; D4:  $F=0,237$  e  $p=0,870$ . Relativamente ao domínio social os resultados surgem na Tabela n.º 47.

**Tabela n.º 47** – Análise da diferença de médias referente à qualidade das visitas no Domínio Social

QUALIDADE DAS VISITAS	N	MEDIA	F	p
FAMÍLIA	75	49,33	3,575	0,017
AMIGOS	5	38,33		
AMBAS AS ANTERIORES	19	50,00		
AUSÊNCIA DE VISITAS	6	23,61		
TOTAL	105	47,46		

Mediante a aplicação de um teste pos-hoc pelo método de Bonferroni constata-se que ao nível do domínio social, a relação existente entre a ausência de visitas é menos significativa do que no caso de se verificar a presença da família ou ambas as anteriores (família e amigos) com valores de  $p=0,017$  e  $p=0,032$  respectivamente. Nos casos de ausência de visitas e apenas existir visita de amigos não se verificam valores significativos, o que manifesta uma relação não significativa entre estes dois tipos de condição de visita, isto é, a percepção que a pessoa idosa detém acerca da sua QV não está associada à ausência de visitas ou quando apenas são visitados unicamente por amigos. Em contrapartida, a visita da família assume uma relação bastante significativa para a pessoa idosa, o que permite validar a hipótese testada.

$H_{C21}$  – A participação das pessoas que compõem o suporte social nos cuidados à pessoa idosa esta associada a uma percepção de maior QV.

O teste ANOVA revela que a participação das pessoas que compõem o suporte social da pessoa idosa apenas apresenta relevância no âmbito social como se pode verificar na Tabela n.º 48, com um  $p=0,020$ . Os valores não significativos são: Dgeral:  $F= 1,922$  e  $p=0,113$ ; D1:  $F=0,450$  e  $p=0,772$ ; D2:  $F=1,002$  e  $p=0,407$ ; D4:  $F=1,319$  e  $p=0,268$ .

**Tabela n.º 48** – Análise da diferença de médias referente à participação nos cuidados no Domínio Social

PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS	N	MEDIA	F	p
AUSENTE	78	43,58	3,046	0,020
PRESENTE – DIARIAMENTE	15	57,22		
PRESENTE – 2X SEMANA	3	66,66		
PRESENTE – 1X SEMANA	2	58,33		
PRESENTE – RARAMENTE	7	58,33		
TOTAL	105	47,46		

Contudo, ao utilizar-se a análise pelo método Bonferroni, o teste Post-hoc não detectou quaisquer resultados significativos da diferença de médias no que concerne à QV e à participação nos cuidados, isto é, não importa a frequência verificada na participação do suporte social nos cuidados à pessoa mas sim o facto de estar presente (o facto de visitar a pessoa institucionalizada). Deste modo, valida-se a hipótese em análise mas apenas no Domínio 3 – Social.

$H_{C22}$  – As pessoas idosas que frequentemente se ausentam da Instituição apresentam uma percepção de maior QV.

De forma a testar a hipótese efectuou-se a aplicação do teste ANOVA ao nível da validação desta variável. Neste caso, e ao avaliar a Tabela n.º 49 e Tabela n.º 50, verifica-se que a diferença de médias assume valores significativos quando associada aos domínios de âmbito físico e ambiental cujos valores respectivos são de  $p=0,050$  e  $p=0,001$ . Os restantes valores são: Dgeral:  $F= 1,493$  e  $p=0,210$ ; D2:  $F=1,155$  e  $p=0,335$ ; D3:  $F=2,260$  e  $p=0,068$ .

**Tabela n.º 49** – Análise da diferença de médias referente à ausência temporária da instituição no Domínio Físico

AUSÊNCIA DA INSTITUIÇÃO	N	MEDIA	F	p
NÃO	82	31,53	2,466	0,050
SIM - TODOS OS FDS	8	30,80		
SIM – QUINZENALMENTE	3	51,19		
SIM – MENSALMENTE	5	40,00		
SIM – RARAMENTE	7	34,69		
TOTAL	105	32,65		

Pelo teste Post-hoc, verifica-se que apesar do contributo que as saídas da instituição apresentam relativamente ao nível físico, apenas evidencia que no caso de se verificarem todos os FDS apresenta um valor de p inferior a todos os outros, ou seja, é mais significativo quando comparado com as restantes categorias.

**Tabela n.º 50** – Análise da diferença de médias referente à ausência temporária da instituição no Domínio Ambiental

AUSÊNCIA DA INSTITUIÇÃO	N	MEDIA	F	p
NÃO	82	48,39	5,312	0,001
SIM - TODOS OS FDS	8	62,10		
SIM – QUINZENALMENTE	3	58,33		
SIM – MENSALMENTE	5	60,00		
SIM – RARAMENTE	7	52,23		
TOTAL	105	50,53		

Mediante a aplicação do teste post-hoc, detecta-se que apenas se manifestam relevantes as ausências da instituição quando se verificam todos os fins-de-semana com um valor de significância de  $p=0,003$ . No entanto, o facto de a pessoa não se ausentar nunca da instituição ou ausentar-se raramente ou quinzenalmente não apresentam valores estatísticos significativos.

H<sub>C23</sub> – um maior grau de autonomia está relacionado com a percepção que a pessoa idosa tem acerca de uma maior QV.

Ao efectuar o agrupamento das variáveis em análise da condição física da pessoa idosa, referido no capítulo da análise descritiva, e sob a aplicação do teste de correlação de Pearson, os resultados obtidos evidenciam valores significativos em todos os domínios, excepto no domínio social. Deste modo, os valores significativos surgem referenciados nas Tabelas seguintes (n.º 51, n.º 52, n.º 53 e n.º 54) individualizados por domínios. No domínio social os valores são:  $r=-0,171$  e  $p=0,081$ , o que revela valores não significativos.

**Tabela n.º 51** – Análise da diferença de médias referente à Autonomia no Domínio Geral

AUTONOMIA	N	MEDIA	r	p
TOTALMENTE INDEPENDENTE	8	46,87	-0,331	0,001
QUASE INDEPENDENTE	11	51,13		
DISCRETAMENTE DEPENDENTE	24	48,43		
LIGEIRAMENTE DEPENDENTE	23	46,73		
MODERADAMENTE DEPENDENTE	27	42,59		
SEVERAMENTE DEPENDENTE	8	25,00		
TOTALMENTE DEPENDENTE	4	25,00		
<b>TOTAL</b>	105	44,04		

Como complemento, optou-se por considerar pertinente obter as diferenças de médias com aplicação do teste ANOVA e os valores obtidos são, igualmente, significativos para todos os domínios, excepto para o domínio social: Dgeral:  $F= 3,520$  e  $p=0,003$ ; D1:  $F=6,769$  e  $p=0,001$ ; D2:  $F=2,311$  e  $p=0,040$ ; D3:  $F= 1,463$  e  $p= 0,199$ ; D4:  $F=4,164$  e  $p=0,001$ . Mediante a aplicação do teste Post-hoc verifica-se que o grau de autonomia severamente dependente apresenta valores significativos quando relacionado aos graus de quase dependente, discretamente dependente e o ligeiramente dependente cujos números de significância assim o indicam com  $p=0,018$ ,  $p=0,014$  e  $p=0,035$  respectivamente.

**Tabela n.º 52** – Análise da diferença de médias referente à Autonomia face no Domínio Físico

AUTONOMIA	N	MEDIA	r	p
TOTALMENTE INDEPENDENTE	8	45,53	-0,534	0,001
QUASE INDEPENDENTE	11	42,20		
DISCRETAMENTE DEPENDENTE	24	35,56		
LIGEIRAMENTE DEPENDENTE	23	32,91		
MODERADAMENTE DEPENDENTE	27	26,32		
SEVERAMENTE DEPENDENTE	8	25,00		
TOTALMENTE DEPENDENTE	4	19,64		
<b>TOTAL</b>	105	32,65		

**Tabela n.º 53** – Análise da diferença de médias referente à Autonomia no Domínio Psicológico

AUTONOMIA	N	MEDIA	r	p
TOTALMENTE INDEPENDENTE	8	56,77	-0,251	0,010
QUASE INDEPENDENTE	11	56,06		
DISCRETAMENTE DEPENDENTE	24	57,98		
LIGEIRAMENTE DEPENDENTE	23	56,88		
MODERADAMENTE DEPENDENTE	27	54,16		
SEVERAMENTE DEPENDENTE	8	41,66		
TOTALMENTE DEPENDENTE	4	37,50		
<b>TOTAL</b>	105	54,44		

Apesar de nesta variável, os domínios se apresentarem quase genericamente com valores de diferenças de médias significativas, quando aplicado o teste Post-hoc, as categorias não se comportam com a mesma homogeneidade de valores significativos.

No domínio geral, o severamente dependente apresenta resultados relevantes quando associado ao estado de autonomia: quase independente, discretamente dependente e ligeiramente dependente com valores de  $p=0,018$ ,  $p=0,014$  e  $0,035$  respectivamente. No domínio físico, o grau de totalmente independente apresenta valores significativos se relacionado aos três graus de dependência mais elevados, cujo valor de  $p=0,001$  para o moderadamente

dependente,  $p=0,005$  para severamente dependente e  $p=0,004$  para o grau de totalmente dependente. Neste domínio, o grau de quase independente também se relaciona de igual modo com os três níveis mais elevados de dependência, e por ordem de maior gravidade apresenta os respectivos valores de  $p=0,012$ ;  $p=0,019$  e  $p=0,002$ .

**Tabela n.º 54** – Análise da diferença de médias referente à Autonomia no Domínio Ambiental

AUTONOMIA	N	MEDIA	r	p
TOTALMENTE INDEPENDENTE	8	62,50	-0,413	0,001
QUASE INDEPENDENTE	11	51,98		
DISCRETAMENTE DEPENDENTE	24	52,21		
LIGEIRAMENTE DEPENDENTE	23	51,90		
MODERADAMENTE DEPENDENTE	27	47,45		
SEVERAMENTE DEPENDENTE	8	43,75		
TOTALMENTE DEPENDENTE	4	39,06		
TOTAL	105	50,53		

Por último, o domínio ambiental sob análise do método de Bonferroni através do teste de Post-hoc, apresenta diferenças significativas quando relacionado com os níveis de dependência mais elevados. Nos graus de moderadamente dependente, severamente dependente e totalmente dependente os valores respectivos são  $p=0,005$ ;  $p=0,005$  e  $0,004$ .

## **DISCUSSÃO**

No decorrer deste capítulo o que se pretende é efectuar uma interpretação dos resultados obtidos, apresentados anteriormente, e evidenciar os assuntos mais relevantes do trabalho, mantendo o fio condutor dos conteúdos teóricos que estiveram na base da pesquisa bibliográfica deste trabalho. Esta investigação acerca da QV da pessoa idosa institucionalizada surge da necessidade emergente que se denota na sociedade actual face ao envelhecimento maciço da população e o crescente recurso à institucionalização como meio de resolução de problemas dos idosos.

A necessidade, cada vez mais actual, de procura das instituições destinadas à terceira idade revela ser um aspecto preocupante para a população em geral, mas mais concretamente para os próprios idosos que nesta fase vital se vêem confrontados com uma modificação profunda da sua condição de vida, associada aos défices inerentes ao processo de envelhecimento.

Assim sendo, optou-se por incidir o estudo na RNCCI uma vez que, esta rede se apresenta como um projecto relativamente recente e, como tal, verificou-se alguma carência de estudos nesta área. Por outro lado, dadas as características das unidades permitiu estabelecer uma relação de proximidade com a pessoa idosa e conseqüentemente efectuar a aplicação dos instrumentos de forma individual e personalizada. Pretendíamos, com esta metodologia, facilitar a aplicação dos questionários e obter uma percepção mais abrangente acerca da QV da pessoa em contexto de institucionalização, não acrescentando trabalho às instituições que viabilizaram a aplicação do estudo.

Relativamente às variáveis, optou-se no trabalho por agrupá-las em categorias de modo a facilitar a apresentação e compreensão. Conservando esta linha de pensamento, em seguida serão abordados os resultados em três momentos distintos. Inicialmente, refere-se à condição de idoso, depois à instituição e por fim, ao idoso na instituição.

Na primeira categoria, foram testadas hipóteses unicamente relativas à condição da pessoa idosa, sendo abordados aspectos como a idade, género, escolaridade, profissão, estado civil e rendimento económico.

No nosso estudo, relativamente a todos os domínios da QV, a idade não apresentou valores significativos o que pode ser considerado como um aspecto relevante para este estudo, uma vez que independentemente da idade da pessoa esta é independente da percepção de QV. Esta conclusão corrobora com outros estudos recentes realizados por Torres et al. (2008), Ozcan et al. (2005) e Nobrega et al. (2009) que detectam, igualmente, resultados não significativos atribuídos à idade. Contudo, surpreendentemente, apenas se detectou um estudo contraditório em que Mwanyangala et al. (2010) detectam valores opostos ao mencionado relativamente à idade, podendo estar na origem desta diferença o número de inquiridos deste estudo que se revela consideravelmente superior aos anteriores.

Face ao género, no estudo foram evidenciados valores estatisticamente significativos no domínio físico da QV revelando uma média mais elevada na categoria masculina, o que validou a hipótese testada. Tendo em conta que a avaliação deste domínio está relacionado com a satisfação com aspectos físicos, no que concerne a homens e mulheres, a média dos resultados obtidos pelos idosos ser mais elevada nos homens poderá estar relacionada com o facto de as mulheres darem mais importância aos aspectos físicos do que os homens e deste modo verem a sua percepção de QV mais limitada a este nível. Para além da ideia referida, verificamos que os mesmos resultados foram evidenciados no estudo de Mwanyangala et al. (2010) onde o género feminino apresenta uma percepção de menor QV em relação com o género oposto. Face aos resultados globais, referentes ao número total de idosos de género feminino (n=61) e masculino (n=44) verifica-se, ainda, um considerável aumento no primeiro caso, o que vai de encontro às estatísticas demográficas nacionais apresentadas pelo INE (2010). Nesta linha de pensamento, Almeida e Rodrigues (2008) acrescentam que, a maioria dos idosos são mulheres o que para este género aumenta o risco de recurso à institucionalização.

A escolaridade, profissão e recursos económicos da pessoa idosa não manifestaram diferenças significativas para a variável QV, motivo pelo qual foram refutadas as hipóteses referentes a estas variáveis independentes. Os resultados podem estar inerentes ao processo de institucionalização, isto é,

nesta condição a pessoa independentemente do grau de escolaridade, profissão e recursos económicos que apresente não vê a sua percepção de QV alterada por estes factores. A concepção adquirida de que nas instituições as pessoas são tratadas de forma igual, independentemente das suas diferenças (Fernandes, 2000), pode justificar estes resultados. No entanto, para Henriques e Sá (2007), que realizaram um estudo em lares e centros de dia, os recursos económicos, bem como o desempenho activo da pessoa idosa apresentaram resultados significativos para a QV.

Neste estudo, verificou-se uma relação significativa entre o estado civil da pessoa e a sua percepção de QV, no entanto as diferenças de médias encontradas situam-se nos domínios físico e social, em que se detectam valores significativos. Estes resultados parecem apresentar relevância quando comparados com a ideologia citada por Hortelão (2004) que se refere à QV como um conceito subjectivo capaz de ser laminado mediante a actuação da pessoa, estabelecendo uma luta interna com o físico e externa com a sociedade. Esta afirmação remete-nos para os nossos resultados como uma evidência esperada, isto é, a pessoa idosa perante a análise desta variável sente-se afectada na sua QV nos domínios físico e social. Na nossa hipótese o facto da pessoa se encontrar na condição de casada revela valores significativos na sua percepção de QV, o que corrobora, ainda, com o estudo de Mwanyangala et al. (2010) onde o facto de a pessoa ser casada remete para uma maior QV. Contudo, e como referido na parte inferencial do trabalho, os solteiros apresentam uma média inferior aos restantes estados civis. Apesar disso ressalta a ideia de que, para o domínio social, se verificam diferenças de médias significativas entre o casaco/solteiro e casado/viúvo, o que poderá ser explicado pela existência ou não de filhos, que de algum modo poderá pesar na percepção de QV da pessoa idosa, que como se detectou apresenta valores significativos para a variável: suporte social.

Tal como se pode constatar, todas as variáveis apresentadas, para esta primeira fase, revelam um importante contributo na análise da percepção da QV da pessoa idosa, apesar de não se verificarem diferenças de médias significativas em todas as hipóteses testadas.

No que concerne à segunda categoria – referente à instituição – salientam-se as variáveis testadas: lotação, equipa multidisciplinar, dinâmica institucional, equipamentos, estrutura física, unidade do utente e tipologia.

Relativamente à lotação institucional como seria de esperar quanto maior for a lotação (número de utentes institucionalizados), menor a percepção que cada um deles apresenta acerca da sua QV. No presente estudo, as diferenças significativas apenas se evidenciam no domínio social o que poderá estar relacionado com o suporte social no que se refere à imposição de um número limite de visitas. Isto é, dada a maior lotação da instituição ter-se-á que ajustar o número de visitas e conseqüentemente interferir na qualidade das mesmas, o facto de ter de partilhar o espaço institucional com mais utentes de forma civilizada requer a imposição de regras e, evidentemente, que quantas mais visitas houver por utente maior o aglomerado populacional. Neste sentido, as unidades com menor lotação poderão ter maior margem de manobra para abrir excepções e autorizar um maior número de visitas junto dos utentes.

Deste modo, poder-se-á questionar se a explicação anterior fará sentido, uma vez que obtivemos uma estatística descritiva 100% flexível ao nível da dinâmica institucional, que diz respeito ao controlo dos horários das visitas. No entanto, face à experiência profissional da investigadora e através do diálogo com os responsáveis institucionais de cada unidade percebeu-se que apesar da flexibilidade, as visitas poderão ter que se ajustar às necessidades do serviço, nomeadamente o número, quando estas interferem com a dinâmica diária dos restantes utentes. Assim sendo, considera-se como plausível esta justificação, até, porque não se encontrou suporte teórico que pudesse sustentar a hipótese testada.

A equipa multidisciplinar, de um modo geral, pode ser considerada boa, como apresentado descritivamente com uma percentagem de 82,9%. Mas, na hipótese testada não se verificaram quaisquer valores significativos, o que permite perceber a inexistência de relação entre esta variável e a percepção que a pessoa idosa apresenta da sua QV. Contextualizando o facto da equipa multidisciplinar dizer respeito à variabilidade de profissionais, na origem destes resultados pode estar o sentimento de “*despersonalização*” institucional que Fernandes (2000) abordou quando se referiu às instituições como alvo de tratamento massificado, isto é, locais onde as pessoas coabitam mas sem que haja um cuidado personalizado, o que inevitavelmente pode condicionar a relação da pessoa com a equipa prestadora de cuidados, ainda que, como vimos a boa diversidade de elementos na equipa não seja sinónimo de QV.

Quando analisados os dados referentes à dinâmica institucional e equipamentos, os resultados de 100% flexível e 100% bom, não parecem surpreendentes uma vez que estas instituições surgem de um projecto recente – RNCCI – e seria de estranhar se o contrário sucedesse. Isto significa que, todas as instituições apresentam horários de visitas flexíveis e comportam mais de cinco dos equipamentos definidos como potenciadores de independência do doente. No entanto, perante os resultados estatísticos não é possível aferir relação significativa entre estas variáveis e a QV uma vez que a variabilidade não existe, são todos flexíveis e todos bons.

Em contrapartida, relativamente à estrutura física foram detectados valores significativos nos domínios social e ambiental, ainda que os resultados nos possam parecer contraditórios sob a análise dos domínios cujos resultados foram significativos, isto é, no domínio social apresenta-se com maior relevância o edifício recente, ao passo que no domínio ambiental, o edifício antigo assume valores significativos quando relacionado com o edifício adaptado. Face ao primeiro caso, parece evidente associar melhores condições de estrutura física a uma maior percepção de QV, até porque as pessoas idosas institucionalizadas, como vimos padecem de patologias associadas e necessitam de cuidados ajustados à sua condição física e evidentemente que uma estrutura recente apresentará melhores infra-estruturas e potencia uma reabilitação ajustada às necessidades da pessoa (até porque todas as instituições inquiridas apresentam bom equipamento, independentemente da estrutura física). No segundo caso, a explicação dos resultados – domínio ambiental – parece menos evidente no entanto e segundo Pimentel (2001) a maioria das instituições não estão preparadas para proporcionar aos seus utentes serviços individualizados que respeitem a sua personalidade, privacidade e os seus hábitos. Neste sentido, a pessoa que integra uma estrutura antiga poder-se-á sentir mais segura em adaptar o seu espaço (objectos pessoais, etc.) sem recear interferir com a estrutura física institucional e mantendo as suas construções simbólicas com o seu mundo, a sua história de vida. Outra justificação poderá estar no facto das instituições avaliadas apresentarem diferentes tipologias e deste modo, integrarem as pessoas idosas mediante o seu grau de dependência que como vimos é algo de extrema relevância para a pessoa idosa e na concepção que ela faz acerca da sua QV.

Neste contexto, ao analisar a variável referente à unidade do utente tentou aprofundar-se uma possível relação entre as condições habitacionais mais íntimas da pessoa idosa e o facto de haver a possibilidade de partilha desse mesmo espaço com outros, mas os resultados obtidos revelam a não existência de diferenças de médias significativas para a variável QV.

Perante a tipologia distinta das unidades: UC, UMDR e ULDM, revelou-se primordial analisar a relação existente entre esta variável e a QV, até porque como referido poderá justificar a obtenção de resultados referentes a outras variáveis. Neste caso, obtiveram-se valores significativos, unicamente, referentes ao domínio social e sob uma análise Post-hoc, apenas pelo método de Bonferroni, percebeu-se que essa diferença está relacionada com as Unidades de Internamento de carácter de média duração (UMDR) e as de carácter de longa duração (ULDM). Mais uma vez, os resultados estar relacionados com a condição física e grau de autonomia da pessoa, uma vez que como referido na parte teórica, as Unidades de Internamento agrupam-se em diferentes tipos mediante os graus de dependência da pessoa. Deste modo, as UMDR quando comparadas com as ULDM apresentam um carácter de maior autonomia e, como o próprio nome indica, um maior potencial de reabilitação logo espera-se que os doentes aqui internados padeçam dessas características e conseqüentemente apresentem uma maior percepção de QV. Esta concepção corrobora com os resultados do estudo de Netuveli et al. (2006) onde a limitação física e presença de doença são aspectos capazes de condicionar negativamente a QV.

De um modo geral, as variáveis referentes à instituição sugerem conclusões importantes de considerar na prática corrente da prestação de cuidados à pessoa idosa. O ideal seria minimizar o impacto negativo inerente ao processo de institucionalização que segundo Almeida e Rodrigues (2008) advém de sentimentos de solidão e problemas de saúde da pessoa idosa e na tentativa de dar resposta a esta preocupação emerge a categoria seguinte, que procura obter relações significativas na QV mediante a visão que a pessoa idosa apresenta face a esta condição.

A opinião da pessoa inquirida foi algo que esteve no centro deste estudo e que assumimos com especial importância, uma vez que a ideia central de trabalho passa por avaliar a percepção de QV da pessoa idosa institucionalizada. Neste sentido, não minimizando a importância das

anteriores, a terceira categoria assume uma especial relevância na medida em que direcciona a análise das hipóteses para um campo mais abrangente, englobando o processo institucional na óptica da pessoa idosa.

Neste âmbito, a investigação incidiu sobre as seguintes variáveis: antecedentes institucionais, duração do internamento, doença actual, duração da doença actual, condição física, suporte social, qualidade das visitas, participação do suporte social nos cuidados, ausência da instituição e autonomia.

O teste de hipóteses das seguintes variáveis: antecedentes institucionais, duração do internamento, doença actual e duração da mesma, como vimos, não apresentaram quaisquer relações significativas, o que poderá ser justificado pelo facto de a maioria dos idosos (72,4%) não apresentarem antecedentes de anteriores internamentos em instituições. E, neste caso, internados na RNCCI, na sua maioria, também, apresentam internamentos de curta duração até os 6 meses. A doença, apresentando-se maioritariamente do foro neurológico e ortopédico, contrariamente ao que se poderia esperar pelo impacto que detém na condição física e autonomia, poderá não apresentar valores significativos pelo facto da pessoa não associar as limitações à doença. Ainda que estas estejam totalmente relacionadas pelo carácter da doença, que neste âmbito se salientam os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), para o foro neurológico e as fracturas do colo do fémur, para o foro ortopédico. No entanto, seria de esperar que as doenças mais incapacitantes estivessem associadas a uma menor qualidade de vida, bem como um período maior de doença e duração de internamento uma vez que há suporte teórico que aponta nesse sentido, como evidencia Silva (2009) ao relacionar a percepção de QV do idoso com a doença e todo o processo que a envolve, salientando que esta provoca alterações significativas ao nível social, familiar e de saúde global da pessoa idosa. Neste contexto, e em desacordo com os resultados do nosso estudo, Nobrega et al. (2009) referem que a percepção da doença por parte da pessoa idosa apresenta uma relação significativa com a QV.

Em contrapartida, a variável condição física que contempla a sua avaliação através de três itens: alimentação, mobilização e higiene, apresentou valores de médias significativas em todos os domínios da QV, à excepção do domínio social. Antes de mais importa contextualizar que, a maioria dos idosos (86%) são autónomos na alimentação, o que vai de encontro às limitações

impostas pela condição de doença. Como referido anteriormente a maioria das patologias mesmo nas doenças por AVC e fracturas dos membros superiores geralmente foram evidenciadas apenas num dos lados do corpo, possibilitando a obtenção destes resultados. A análise inferencial desta variável no item alimentação revela que os idosos autónomos apresentam valores significativos quando relacionados com os idosos com necessidade de ajuda (parcial ou total). No que refere, a mobilidade foram detectados maioritariamente idosos dependentes, mas curiosamente nenhum deles em condição de dependente acamado, ou seja, mesmo que a limitação física se apresente em grau elevado, todos os idosos efectuem levantar da cama. Neste âmbito, o grau de dependência também revelou estar inversamente relacionado com os resultados, ou seja, quanto mais dependente na mobilidade menor a percepção de QV da pessoa idosa. Na vertente higiene, os dados descritivos apontam para um elevado grau de dependência dos idosos que compõem a amostra do nosso estudo, com apenas 13% de idosos autónomos e os restantes 87% a necessitar de ajuda (parcial e total) para assegurar esta AVD. Estes valores quando submetidos a uma análise inferencial, revelaram surpresas na medida em que os valores mais significativos não estão associados ao grau mais independente mas ao parcial. Pela experiência como enfermeira, estes resultados podem justificar-se pela necessidade de atenção e diálogo de que carecem grande parte das pessoas idosas. O momento em que se efectuem os cuidados de higiene pode ser privilegiado para a pessoa, pelo facto de comportar um tempo dedicado à privacidade individual de cada um, o que poderá dar abertura à expressão de sentimentos mais íntimos e que nas restantes vertentes não se verifica. Contudo neste estudo, de um modo geral, percebeu-se que a um maior grau de autonomia está, na maioria das vezes, associado a uma maior percepção de QV, o que corrobora com dados citados por Ozcan et al. (2005) que evidenciam que o risco de queda por parte dos idosos, diminui a capacidade física dos mesmos, o que condiciona fortemente a sua QV. Neste sentido e, face as características dos itens, considerou-se pertinente introduzir-se uma nova variável intitulada de autonomia, que compilasse os graus de dependência e respectiva tipologia da instituição, uma vez que as Unidades também se distinguem por esta condição. Deste modo, e não de forma surpreendente, nesta variável verificaram-se diferenças de médias significativas para os mesmos domínios anteriormente apresentados

para a variável condição física, o que nos leva a constatar a validade das hipóteses, bem como a enfatizar a importância da condição física e autonomia para a pessoa idosa. Para além dos resultados, as referências teóricas consolidam os valores obtidos salientando a relação entre a capacidade funcional/física e a QV (Pereira et al., 2006 e Toscano & Oliveira, 2009 e Ozcan et al., 2005), bem como, a presença de limitações físicas como condicionantes da mesma (Netuveli et al., 2006 e Levasseur, Desrosiers & Tribble, 2008). Esta conclusão, remete-nos para o conceito de envelhecimento – etapa vital onde estas pessoas se inserem – no qual a pessoa vai perdendo as suas capacidades de modo gradual e como consequência limita a sua condição física/autonomia para desempenhar as AVD's (Raimundo & Lima, 2002).

No que concerne ao suporte social, a pesquisa bibliográfica aponta para uma forte relação mediada pelo apoio social que a pessoa idosa recebe e a sua implicação na QV (Toscano & Oliveira, 2009 e Tabha et al., 2010), o que vai de encontro aos resultados obtidos. Neste estudo, a variável referente ao suporte social apresentou resultados de médias significativas para a QV, no domínio social. Neste âmbito, contextualiza-se o facto desta variável se referir à frequência com que as pessoas idosas recebem visitas das pessoas significativas. Apesar de a maioria dos idosos receber visitas diariamente, os resultados não apresentam valores significativos no que se refere à frequência das visitas; ou seja, segundo a análise pelo teste Post-hoc, a pessoa idosa considera importante receber apoio do seu suporte social (pessoas significativas) mas a frequência com que é visitado não interfere na sua QV. Neta óptica, Pimentel (2001) refere que estas pessoas, em contexto de instituições, estando longe de tudo o que lhes é familiar, parece que o apoio dos seus entes queridos emerge, muitas vezes, como um escape à condição de ausência do seu lar.

Deste modo, pareceu-nos relevante analisar a qualidade das visitas, na tentativa de perceber qual o elemento mais importante para o idoso. Quando analisado o suporte social da pessoa, os estudos teóricos apresentam distinção entre o tipo de visitas, nomeadamente da família que assume um papel essencial para a pessoa idosa (Vechia, 2005 e Levasseur, Desrosiers & Tribble, 2008 e Morais & Sousa, 2005 e Tajvar, Arab & Montazeri, 2008 e Netuveli et al., 2006). No presente estudo, também, verificam-se valores de médias significativas referentes à qualidade das visitas face à QV no domínio

social. Aqui, a família assume uma particular relevância quando comparada com os restantes itens, nomeadamente amigos. Segundo os dados estatísticos, as pessoas que são visitadas, unicamente, pela família assumem um valor percentual acima dos 70% da totalidade dos inquiridos, o que poderá ajudar a interpretar estes resultados. Pela análise inferencial dos itens desta variável verificaram-se valores significativos quando se relaciona a ausência de visitas com o facto de a pessoa receber a visita da família ou família e amigos, o que manifesta a necessidade do idoso ter apoio/suporte social como contributo para a sua concepção de QV. Assim sendo, os resultados demonstram que o suporte social não apresenta valores significativos para a QV na ausência de visitas e quando estas acontecem somente por amigos, o que corrobora com o exposta pelos estudos teóricos mencionados onde a família assume o papel principal de suporte social.

No entanto, face à maciça adesão da família nas visitas ao idoso institucionalizado ao aferir a percentagem de quantos recebem participação nos cuidados verificou-se que dos 105 inquiridos apenas 15 recebem diariamente esse apoio, o que pode ser explicado por dois motivos: por um lado, a presença de profissionais qualificados que assumam a totalidade dos cuidados e/ou, por outro lado, a não motivação/vontade dos familiares/amigos em assumir um papel activo na prestação de cuidados à pessoa idosa. Os resultados demonstram que esta variável assume uma importante relevância para a pessoa idosa, exclusivamente, pelo facto de ter apoio da família na prestação de cuidados, dado que a frequência com que participam não apresentou quaisquer resultados significativos.

Por fim, foi analisada a relação da possibilidade da pessoa se ausentar da instituição temporariamente com a QV, e relativamente a esta hipótese verificou-se a existência de valores significativos no que concerne ao domínio social. No entanto, apesar de se manifestar significativo o facto da pessoa idosa poder sair da instituição, a frequência com que essas saídas acontecem não apresenta diferença de médias significativas. Deste modo, a pessoa independentemente de sair todos os fins-de-semana (para domicílio ou passeios de lazer) ou raramente parece apresentar o mesmo impacto na forma como a pessoa encara a sua QV, ainda que, como referido o facto de se poder ausentar temporariamente contribua positivamente para a concepção que a pessoa tem acerca da sua QV.

Assim, face à última categoria poder-se-á perceber que as pessoas idosas denotam uma percepção de maior QV quando comportam um auspicioso suporte social, uma favorável condição física, um ambiente saudável e uma boa influência psíquica, apesar de como vimos, assumirem diferentes valores de significância para as distintas hipóteses.

Perante a exposição justificada das diferentes variáveis contempladas neste estudo importa introduzir uma reflexão acerca do comportamento dos itens do instrumento WHOQOL-bref que, como vimos no capítulo descritivo, apresenta valores consideráveis de correlação. No decorrer desta discussão fica bem patente a importância do nível do domínio social na percepção da pessoa idosa acerca da QV, na maioria das hipóteses testadas.

Curiosamente, no esquema de correlações dos itens da escala na nossa amostra, encontramos o domínio social como o que apresenta valores significativos mais baixos, o que corrobora com os valores obtidos ao nível da consistência interna tanto do comportamento da escala no nosso estudo, como na consistência interna da validação escala para Portugal. Para o último caso, Canavarro e Serra (2010) justifica este acontecimento com o facto de este domínio apenas apresentar três questões/itens associados. Para o nosso estudo, parece fazer sentido este domínio apresentar uma forte incidência derivado ao contexto em que este se insere (meio institucional). Contudo, apesar do domínio social ser o mais evidente, todos os outros apresentam resultados significativos no estudo da QV da pessoa idosa institucionalizada, como ficou evidente na apresentação do trabalho.

Genericamente, com este estudo obteve-se uma visão global da percepção da pessoa idosa acerca da sua QV, o que viabiliza o alcance do principal objectivo, inicialmente, proposto.

A caracterização dos idosos da RNCCI, bem como a compreensão das variáveis em estudo nas diferentes categorias viabilizou a aquisição de conhecimentos específicos, pela não existência de estudos anteriores nesta área, o que, de certo modo, condicionou este trabalho pelo facto de não poder haver comparação de resultados a este nível. Perante esta limitação, esperamos poder abrir portas a outros estudos ao nível da RNCCI do Algarve e de numa visão mais abrangente poder contribuir para a consciencialização destas instituições, ao nível das necessidades da pessoa idosa de forma a colmatar défices de recursos e meios. Esperamos ainda, que a consulta deste

trabalho possa servir de “auxílio” para os profissionais de saúde que prestam cuidados na RNCCI, na medida em a necessidade de definir estratégias de acção num contexto global de apoio aos idosos parece uma realidade cada vez mais emergente.

Realçam-se, ainda, outras limitações do estudo que foram, por um lado, a não resposta por parte de algumas entidades institucionais, que no nosso ver poderiam ter contribuído para que a amostra fosse mais significativa e eventualmente originasse outros resultados e, por outro lado, o atraso na obtenção de autorizações institucionais, que adiaram o começo da aplicação dos questionários. Contudo, apesar das adversidades, este estudo permitiu à investigadora alargar conhecimentos nesta área e conhecer a realidade de cada instituição inquirida.

Por fim, ciente de que o envelhecimento e a QV são temas cada vez mais actuais e de importante relevância na vida da pessoa idosa e da sociedade em geral, e de que a RNCCI é um exemplo claro de um recente investimento nesta área, num futuro próximo estima-se poder alargar este estudo a nível nacional.

## **CONCLUSÕES**

No presente estudo, a Qualidade de Vida do idoso institucionalizado na Rede Nacional de Cuidados Continuados do Algarve foi avaliada através dos instrumentos: sociodemográfico, caracterização da instituição e pela versão portuguesa do instrumento WHOQOL-bref, que integra quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental e ainda, uma faceta geral da qualidade de vida que permitiu operacionalizar o trabalho.

Mediante os objectivos pré-definidos e em função dos resultados obtidos, nesta investigação, podemos concluir que ao nível da relação estabelecida entre as variáveis referentes à condição de idoso, o género e o estado civil apresentam relações significativas e validam as hipóteses testadas ( $H_{A2}$  e  $H_{A5}$ ), ao passo que em relação à idade, escolaridade, profissão e rendimento económico não se verificam relações significativas, conduzindo as hipóteses testadas a ser refutadas. Relativamente, à relação estabelecida entre as variáveis referentes à instituição, os resultados demonstram valores significativos no que se refere à lotação, estrutura física e tipologia da instituição, permitindo validar as hipóteses associadas a estas variáveis ( $H_{B7}$ ,  $H_{B11}$  e  $H_{B13}$ ) e refutar as hipóteses que se referem aos aspectos institucionais como: a equipa multidisciplinar, dinâmica institucional, equipamentos e unidade do utente. Por fim, ao nível da categoria que se refere à relação estabelecida à condição de idoso institucionalizado constatou-se uma relação significativa nas hipóteses testadas acerca da condição física, suporte social, qualidade das visitas, participação do suporte social nos cuidados, ausência temporária da instituição e autonomia ( $H_{C18}$ ,  $H_{C19}$ ;  $H_{C20}$ ,  $H_{C21}$ ,  $H_{C22}$ ,  $H_{C23}$ ) e foram refutadas as restantes hipóteses desta categoria que se referem aos antecedentes institucionais, à duração do internamento, à duração da doença actual e doença actual.

Importa, ainda referir, que atendendo aos domínios pré-definidos pelo instrumento de avaliação da QV, foram obtidos resultados significativos apenas

em determinados domínios. Neste âmbito, o domínio social é o que apresenta com maior frequência resultados significativos, relativamente às variáveis testadas.

Apesar da percepção da QV dos idosos institucionalizados na RNCCI do Algarve ser afectada por vários outros aspectos, os resultados remetem para a ideia de que o processo de institucionalização condiciona a qualidade de vida da pessoa idosa, particularmente nos aspectos relacionados com a condição física e autonomia da pessoa, que apresentaram valores significativos em praticamente todos os domínios e demonstram ser as duas variáveis mais significativas. Deste modo, para esta população fica patente a associação da boa manutenção das capacidades físicas a uma maior percepção de QV.

Perante toda a evidência que se demonstra neste trabalho, fica a certeza de que sem as características de multidimensionalidade e subjectividade da variável dependente QV, os resultados obtidos não fariam qualquer sentido porque o que se pretendeu não foi mais do que avaliar a percepção do idoso, num contexto específico e cujos valores e objectivos individuais de cada pessoa revelaram ser a essência do estudo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. & Rodrigues, V. (2008). *A Qualidade de Vida da Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares*. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16 (6): 1025-31.
- Almeida M. et al. (1995). *Estudo da qualidade de vida do idoso: aplicação de um instrumento de avaliação*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde – Divisão da saúde das doenças genéticas, crónicas e geriátricas.
- Alto Comissariado da Saúde (2008). *Envelhecimento e Saúde em Portugal. PNS em Foco*, n.2, Setembro. Acedido a Janeiro 12, 2011, in <http://www.acs.min-saude.pt>.
- American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington: Library of Congress Cataloging in Publication.
- Araújo, I., Paul, C. & Martins, M. (2010). *Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente da família – Referência*. N.º 2, Série III, Dezembro.
- Augusto, B. & Carvalho, R. (2005). *Cuidados Continuados: família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. Lisboa: Formasau.
- Bennett, P. & Murphy S. (1995). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Berger, L. & Maillox, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

- Betinelli, L., Portella, M. & Pasqualotti, A. (2008). *Envelhecimento Humano: múltiplas abordagens*. Passo Fundo: UPF Editora.
- Born, T. (2002). Cuidado ao Idoso em Instituição. In Netto (Ed.), M. *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 403-414). São Paulo: Editora Atheneu.
- Brajkovic, A. & Godan, L. (2009). Quality of Life stroke in old age: comparison of persons living in nursing home and those living in their own home. *Croat Med J.*, 50: 182-8.
- Cabete, D. (1999). Cuidados Continuados e Continuidade de Cuidados. In Costa, M. et al (Ed.), *O Idoso: problemas e realidades*. Lisboa: Formasau.
- Canavarro, M. et al. (2009). Development and Psychometric Properties of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100) in Portugal. *Int. J. Behav. Med.*, 16:116-124.
- Canavarro, M. & Serra, V (2010). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler Editora.
- Carrilho, M. & Gonçalves, C. (2001). *Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001*. Instituto Nacional de Estatística: Lisboa.
- Centre for Reviews and Dissemination (2009). *Systematic Reviews*. University of York: York.
- Costa, M. (2002). *Cuidar Idosos*. Lisboa: Formasau e Educa.

- Costa, M. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de século edições Lda.
- Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência: manual para enfermeiros*. Lusociência: Camarate.
- Cress, C. (2007). *Geriatric Care Management*. (2ª Ed.) Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fleck, M. et al (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida – WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2): 178-83.
- Fontain, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca (2005). Aspectos Psicológicos da “passagem à reforma”. In Pául e Fonseca (Ed.). *Envelhecer em Portugal* (pp. 46-73). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M-F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Guerreiro, I. (2009). Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Acedido a Novembro 27, 2010, in: <http://www.rncci.min-saude.pt>.

- Henriques, A. & Sá, E. (2007). Qualidade de Vida em Idosos em Lares e Centros de Dia. *Pensar Enfermagem*, Vol.11, n. 2, 2º Semestre.
- Hortelão, A. (2004). Envelhecimento e Qualidade de Vida. *Servir*, 52 (3): Maio-Junho.
- INE (2010). *Estimativas de População Residente*. Acedido a Janeiro 10, 2011, in: <http://www.ine.pt>.
- INE (2005). *O Envelhecimento em Portugal*. Acedido a Dezembro 2, 2010 in: <http://www.ine.pt>.
- Kalache, A. (2009). O envelhecimento e a cidade. In Fundação Calouste Gulbenkian (Ed.), *O tempo da Vida: fórum sobre o envelhecimento* (pp. 215-229). Cascais: Principia.
- Kalfoss, M. & Halvorstrud, L. (2009). Important Issues to Quality of Life Among Norwegian Older Adults: An Exploratory study. *The Open Nursing Journal*, 3: 45-55.
- Kristen, M. (2006). *Gerontological Nursing*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Lai, K. et al. (2005). Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of Life Research*, 14: 1169-1180.
- Leal, C. (2008). **Reavaliar o Conceito de Qualidade de Vida**. Acedido a Janeiro 10, 2011 in <http://www.porto.ucp.pt>.
- Levasseur, M., Desrosiers, J. & Tribble, D. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6:30.

- Lobo, A. et al. (2008). Relationship between intensity of physical activity and health-related quality of Life in Portuguese institutionalized elderly. *Japan Geriatrics Society*, 8: 284-290.
- Machado, M. (2009). Envelhecimento e Políticas de Saúde. In Fundação Calouste Gulbenkian (Ed.), *O tempo da Vida: fórum sobre o envelhecimento* (pp. 125-133). Cascais: Principia.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. 2ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Melo et al (2009). A Educação em Saúde como Agente Promotor de Qualidade de Vida para o Idoso. *Ciência e Saúde Colectiva*, 14 (1): 1579-1586.
- Ministério da Saúde (2011). Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e de Saúde. *Diário da República*, 2ª Série, n.40. Acedido a Janeiro 15, 2011 in <http://www.aralgarve.min-saude.pt>.
- Molina, Á. (2008). Calidad de Vida en la Tercera Edad. *Cuadernos de Bioética*, XIX (66).
- Morais, J. & Souza, V. (2005). Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr*, 27 (4): 302-8.
- Mota, I. (2009). O tempo da vida – abertura. In Fundação Calouste Gulbenkian (Ed.), *O tempo da Vida: fórum sobre o envelhecimento* (pp. 17-20). Cascais: Principia.
- Mwanyangala, M. et al. (2010). Health status and quality of life among older adults in rural Tanzania. *Global Health Action*, 2.
- Netto (1997). *A Gerontologia Básica*. São Paulo: Lemos Editorial.

- Netuveli, G. et al. (2006). Quality of life at older ages: evidence from English longitudinal study of aging. *J Epidemiol Community Health*, 60: 357-363.
- Nóbrega, T. et al. (2009). Quality of Life and Multimorbidity of elderly outpatients. *Clinics*, 64 (1): 45-50.
- Ozcan, A. et al. (2005). The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adults. *BMC Public Health*, 5: 90.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C; Fonseca, A. & Amado, J. (2000). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. In Paúl e Fonseca (2005). *Envelhecer em Portugal* (pp. 77-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, A. (2002). *Guia Prático de Utilização do SPSS – análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira et al. (2006). Qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr RS*, 28 (1): 27-38.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Edições Almedina.
- Plati, M. et al. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Rev Bras Psiquiatr*, 28 (2): 118-21.
- Raimundo, M. e Lima, M. (2002). Cuidar do Idoso – os cuidados que prestamos as pessoas que somos. *Servir*, 50 (4), Julho-Agosto.

- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editora.
- [s.a] (2004). “Azul Properties”. Acedido a Janeiro 10, 2011 in <http://www.cerronovo.com>.
- Serra, A. et al. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27: 31-40.
- Silva, J. (2009). *Saúde do Idoso – processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo: Iátria.
- Simón, M. (1999). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Skevington, S. & Lofty, M. & O’Connell, K. (2004). The World Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial: A report from the WHOQOL Group, *Quality of Life Research*: 13: 299-310.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Tabah et al. (2010). Quality of Life in patients aged 80 or over after ICU discharge. *Critical Care*, 14: R2
- Tajvar, M. & Arab, M. & Montarezi, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 8: 323.
- Torres, M. et al. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de vivencias básicas. *Rev Méd Chile*, 136: 325-333.

Toscano, J. & Oliveira, A. (2009). Qualidade de Vida em Idosos com distintos níveis de Atividade Física. *Rev Bras Med Esporte*, Vol. 15, n.º 3, Maio/Junho.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2007). *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. Ministério da Saúde.

Vecchia, R. et al. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo. *Rev Bras Epidemiol*, 8 (3): 246-52.

Vilar, E. (2009) In Fundação Calouste Gulbenkian (2009). *O tempo da Vida: fórum sobre o envelhecimento*. Cascais: Principia.

Vivian, A. & Argimon, I. (2009). Coping strategies, functional difficulties, and associated factors in institutionalized elderly. *Cad. Saúde Pública*, 25 (2): 436-444.

Vizcaíno, V. & Munõz, A. (1998). *Calidad de Vida en Ancianos*. Cuenca: Ciencia y Tecnica.

WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46: 1569-1585.

Wise, D. (2009). Facilitar vidas de trabalho mais longas: como e porquê. In Fundação Calouste Gulbenkian (Ed). *O tempo da Vida: fórum sobre o envelhecimento* (pp. 179-212). Cascais: Principia.

Zannon, C. & Seidl, E. (2004). Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20 (2): Março-Abril.

**ANEXOS**

ANEXO I – RESPOSTA À SOLICITAÇÃO DE APLICAÇÃO DE  
QUESTIONÁRIOS NA ULDM DE VILA REAL DE SANTO ANTÓNIO



Santa Casa da Misericórdia de  
Vila Real Santo António



**Unidade de Cuidados Continuados  
de Longa Duração e Manutenção**

Exm<sup>a</sup> Senhora

D.Helena Catarina de Paiva Ribeiro

N/Ofício n<sup>o</sup> 1/2010

Data: 17/06/2010

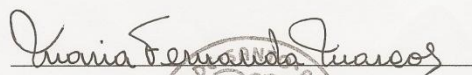
Assunto: Pedido de Trabalho de Investigação

Vimos por este meio informar que na UCC de Longa Duração de Vila Real de Santo António não existe população alvo com capacidade de responder ao instrumento por vós apresentado, pois não reúnem capacidades cognitivas para tal. Os dezoito utentes são grandes dependentes desorientados e com grande senilidade.

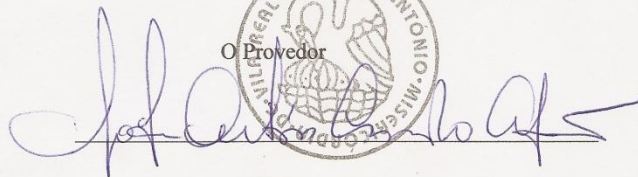

Lamentamos não vos poder ser úteis.

Com os melhores cumprimentos,

A Directora da Unidade,



O Provedor

Avenida Salgueiro Maia, Apartado 183  
8900-265 Vila Real de Santo António

Tel/Fax 281544178      Telem.967574980  
Email: uccvrsa@gmail.com

## ANEXO II – CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO ÀS INSTITUIÇÕES

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de  
Administração da ARS do Algarve

Ao c/: Director Técnico da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

**ASSUNTO: Pedido de autorização para a aplicação dos instrumentos aos idosos das instituições pertencentes à RNCCI**

Helena Catarina de Paiva Ribeiro, portadora do bilhete de identidade n. 12469032 7ZZ4, a desempenhar funções de Enfermeira no Hospital de Faro e Unidade de Média Duração e Reabilitação de Olhão, actualmente inscrita no programa de Mestrado em Gerontologia Social na Universidade do Algarve e a realizar a tese intitulada: “Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado: realidade vivida nas IPSS’s do Algarve”, sob orientação da Professora Doutora Emília Costa (docente na Escola Superior de Saúde de Faro) vem solicitar a V. Exa autorização para proceder à fase de recolha de dados junto dos idosos institucionalizados na instituição que V. Exa. dirige, entre os meses de Junho e Julho de 2010, tendo previamente notificado as respectivas instituições pertencentes à RNCCI.

O objectivo do estudo passa por avaliar a qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada e os instrumentos a aplicar são: um questionário sociodemográfico, bem como a escala de avaliação de qualidade de vida WHOQOL\_BREF.

Comprometo-me a respeitar todos os requisitos éticos que um trabalho desta natureza obriga. Para tal, e para além da vossa autorização providenciarei o consentimento informado de todos os utentes incluídos no estudo. Junto em anexo o desenho da investigação onde se inserem os questionários e consentimento a aplicar aos inquiridos, bem como, o meu currículo vitae.

Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta. Grata desde já pela atenção, com os melhores cumprimentos.

Faro, \_\_/\_\_/\_\_

Atenciosamente

Helena Catarina de Paiva Ribeiro

ANEXO III – RESPOSTA À SOLICITAÇÃO DE APLICAÇÃO DE  
QUESTIONÁRIOS NA RNCCI E SOLICITAÇÃO DE ESCLARECIMENTO DE  
DÚVIDAS POR PARTE DA ARS DO ALGARVE

Administração Regional de Saúde  
do Algarve, I.P.



Ministério da Saúde

Faro

15. JUL 10 014132

Exm<sup>a</sup> Senhora

Enf<sup>a</sup> Helena Catarina de Paiva Ribeiro

Av. Calouste Gulbenkian

Ed. Bela Vista nº4 6ºF

8000-072 Faro

Sua Referência

Seu Fax

Nossa Referência  
374/10 D.E.P.  
15-07-2010

**ASSUNTO:** Estudo sobre a "Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado: realidade vivida nas IPSS's do Algarve.

Serve o presente para comunicar o parecer da Comissão de Ética da ARS Algarve, I.P., em 01-07-2010, o qual se transcreve:

*"Após discussão e análise detalhada ao Projecto pelos elementos da Comissão de Ética, os elementos presentes considera ser necessário perguntar à Investigadora:*

- ✓ *Como irá recolher as respostas relativamente ao questionário sócio demográfico (consulta de processos? Entrevista directa? Entrevista ao cuidador? Outra?);*
- ✓ *Em que tipologia(s) da Rede pretende fazer incidir o estudo;*
- ✓ *Dentro da(s) tipologia(s) pretendida(s) quais as Instituições/IPSS's abrangidas.*

*Chama-se a atenção para o facto de que o parecer da Comissão de Ética da ARS diz exclusivamente respeito às IPSS's incluídas na RNCCI e ainda aos utentes dessa mesma rede (posteriormente terá ainda que obter autorização da gestão de cada uma delas) e não invalida a necessidade de obtenção da anuência da(s) equipa(s) gestora(s) da(s) respectiva(s) IPSS's.*

*A Comissão de Ética não considera eticamente correcto que o estudo decorra na Instituição onde a Investigadora trabalha, tendo em consideração a temática do estudo, pelo que deverá esta Instituição ser excluída do objecto do estudo.*

Largo do Carmo, 3 - 8000 - 148 Faro - Telf. 289889900 - Fax. 289829849  
e-mail: [dep@arsalgarve.min-saude.pt](mailto:dep@arsalgarve.min-saude.pt)  
<http://www.arsalgarve.min-saude.pt>

ARS Algarve

---

*Concluindo, deverá a autora enviar a esta Instituição um protocolo/documento único, estruturado e claro, que inclua objectivos e metodologias pormenorizadas. Deverá incluir inclusivamente a descrição pormenorizada da rede, de modo a que um leitor que desconheça o contexto da rede, fique com o respectivo entendimento. Em resumo, pretende-se a descrição do Universo a estudar. Todo o material poderá ser enviado em suporte digital”.*

Ao abrigo do Artigo 15º do Regulamento desta Comissão, solicita-se resposta ao supra solicitado.

Com os melhores cumprimentos,



Ana Cristina Guerreiro

(Presidente da Comissão de Ética da ARS Algarve, IP)

---

Largo do Carmo, 3 - 8000 - 148 Faro Telf. 289890080 - Fax. 289829849

Email: [dep@arsalgarve.min-saude.pt](mailto:dep@arsalgarve.min-saude.pt)

<http://www.arsalgarve.min-saude.pt>

ANEXO IV – RESPOSTA E ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS À  
SOLICITAÇÃO DA ARS ALGARVE

Helena Catarina Ribeiro  
E\_mail: [cr3300@gmail.com](mailto:cr3300@gmail.com)

Exmo Sr. Presidente da Comissão de Ética da ARS do Algarve

**ASSUNTO: Esclarecimento de dúvidas acerca da estrutura do meu trabalho de investigação e pedido de novo parecer acerca do mesmo**

Venho por este meio efectuar esclarecimento acerca das questões por vós solicitadas. Deste modo apresento as respostas pela ordem que foram colocadas:

- ✓ A recolha da informação no que respeita ao questionário sócio demográfico passa por abordagem directa ao utente e familiares directos (sendo estes últimos solicitados unicamente quando o utente entrevistado não obtém conhecimento acerca da resposta, nomeadamente a estimativa de valor de reforma);
- ✓ A tipologia da Rede em que se pretende incidir o estudo restringe-se as unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);
- ✓ Dentro das Unidades de Internamento pretende-se incidir a aplicação de questionários em todas as unidades de internamento: Unidades de Convalescença (Loulé, Portimão e Lagos); Unidades de Média Duração e Reabilitação (Olhão, Tavira e Portimão); Unidades de Longa Duração e Manutenção (Vila Real de Santo António, Santa Catarina, Faro, Albufeira, Algoz, Silves, Estômbar) e Unidade de Cuidados Paliativos (Portimão);
- ✓ No que respeita a pedidos de autorização por parte das instituições a mesma já foi solicitada e até a presente data as respostas são:

Unidade de Convalescença de Loulé – sem resposta

Unidade de Convalescença de Portimão – sem resposta

Unidade de Convalescença de Lagos – parecer favorável após autorização por parte da ARS;

Unidade de Média Duração e Reabilitação de Portimão – sem resposta;

Unidade de Média Duração e Reabilitação de Tavira – parecer favorável por parte do Dr. Almeida Martins;

Unidade de Média Duração e Reabilitação de Olhão – parecer favorável por parte do Dr. João Calão;

Unidade de Longa Duração e Manutenção de Vila Real de Santo António – parecer favorável por parte da Dr.ª Maria Fernanda Marcos mas na presente data sem população capaz de entrar na amostra solicitada;

Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Catarina – parecer favorável por parte do Dr. Almeida Martins;

Unidade de Longa Duração e Manutenção de Faro – parecer favorável após autorização por parte da ARS;

Unidade de Longa Duração e Manutenção de Albufeira – sem resposta;

Unidade de Longa Duração e Manutenção de Algoz – parecer favorável por parte da Dr.ª. Inês Guerreiro;

Unidade de Longa Duração e Manutenção de Silves – parecer favorável por parte do Dr. Nuno Silva;

Unidade de Longa Duração e Manutenção de Estômbar - parecer favorável por parte do Dr. José Bentes Camarinha;

Unidade de Cuidados Paliativos de Portimão – sem resposta.

- ✓ No que respeita à aplicação dos questionários na instituição em que me encontro a exercer funções em tempo parcial, gostaria de solicitar a vossa compreensão para o facto de contornar a questão ética da aplicação dos questionários recorrendo a outra pessoa não pertencente à instituição para o efectuar. E coloco esta questão porque seria uma grande perda na medida para o meu estudo, uma vez que é o local onde consigo recolher mais questionários.

Sem mais assunto, espero ter sido esclarecedora e obter, finalmente, o vosso parecer favorável para poder dar continuidade ao meu trabalho.

Cumprimentos. Aguardo nova resposta.

8 de Agosto 2010

Catarina Ribeiro

ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA ARS DO ALGARVE PARA APLICAÇÃO DO  
ESTUDO NA RNCCI

Administração Regional de Saúde  
do Algarve, I.P.



Ministério da Saúde

17.AGO 10 016732

Exm<sup>a</sup> Senhora  
Enf<sup>a</sup> Helena Catarina Ribeiro  
Av. Calouste Gulbenkian  
Rd. Bela Vista nº4 6F  
8000-072 Faro

Sua Referência

Seu Fax

Nossa Referência  
458/10 D.E.P.  
16-08-2010

**ASSUNTO:** Estudo sobre a “Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado: realidade vivida nas IPSS’s do Algarve

Serve o presente para comunicar que após parecer da Comissão de Ética da ARS Algarve, I.P., em 05-08-2010, o qual se transcreve:

“Após análise do processo e esclarecimento de questões identificadas pela Comissão de Ética na Reunião anterior (1 de Julho), considera esta Comissão não ter nada a opor”

O Conselho Directivo da ARS Algarve, I.P., decidiu autorizar a colheita de dados para o estudo de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

Dr. Eusébio Pacheco  
Vogal do Conselho Directivo  
da ARS Algarve, I. P.

ANEXO VI – AUTORIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DA RNCCI DO ALGARVE  
PARA APLICAÇÃO DO ESTUDO

**Comissão de Ética  
para a Saúde**

**Ex.ma Senhora  
Enfermeira Directora  
do Hospital de Faro  
Enf.ª Filomena Martins**

**PARECER**

**Assunto: Projecto Investigação “Qualidade de Vida do Idoso  
Institucionalizado: realidade vivida nas Instituições Particulares de  
Solidariedade Social do Algarve”**

**Investigador: Helena Catarina Ribeiro**

Em relação ao estudo referido em epígrafe pensa esta C.E.S que o mesmo não levanta quaisquer questões éticas. Assim sendo, pensamos que o mesmo deve ser autorizado.

Sem outro assunto, enviamos os nossos cumprimentos.

Faro, 13 de Setembro de 2010

**A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Faro, EPE**

*Olívia Góes*

*[Assinatura]*  
*Marta de Jesus*  
*Adriana Sabar*

Exmo(a) Senhor(a):

Enf. Helena Catarina de Paiva Ribeiro

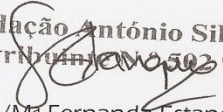
**Assunto:** Autorização para aplicação de Questionário aos utentes da ULDMA.

Exmo(a) Senhor(a):

Na sequência do pedido de autorização para aplicação de questionários aos utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Albufeira, inscrito no programa de Mestrado em Gerontologia Social da Universidade do Algarve, vimos por este meio autorizar a Enf<sup>a</sup> Helena Catarina de Paiva Ribeiro a proceder à aplicação do mesmo.

Gratos pela melhor atenção de V. Exa., subscrevemo-nos,

Com os melhores cumprimentos,

Fundação António Silva Leal  
Contribuinte N.º 502 904 879  
  
/M<sup>te</sup> Fernanda Estanque/  
Directora Técnica ULDMA



**SANTA CASA DA MISERICÓRDIA  
DE FARO**  
Unidade de Cuidados Continuados



Exma. Senhora  
Enf.ª Helena Ribeiro  
Av. Calouste Gulbenkian  
Edifício Bela Vista n.º 46 F  
8000-072 Faro

Sua referência-	Sua comunicação	Nossa referência- UCC/ 216 /2010	Data 04/11/2010
-----------------	-----------------	-------------------------------------	--------------------

**ASSUNTO: "Autorização para aplicação de questionários"**

Em resposta ao V. pedido de recolha de dados junto dos idosos integrados na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção pertencente a esta instituição, vimos por este meio informar que o mesmo foi deferido.

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

Pel' A Mesa Administrativa

O Provedor

(José Ricardo Candeias Neto)

Exma. Sra.  
Helena Catarina de Paiva Ribeiro  
Av. Calouste Gulbenkian  
Edifício Bela Vista nº4, 6 F  
8000-072 Faro

N/Referência

Nº 910 Data 08/06/2010

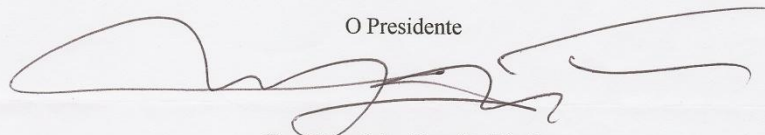
V/Referência

Nº \_\_\_\_\_ Data 31/05/2010

**Assunto: Pedido de autorização.**

Serve o presente para informar V.Exa. que autorizamos a recolha de dados junto dos utentes institucionalizados nas nossas Unidades de Média Duração e Reabilitação de Tavira e Unidade de Longa Duração e Manutenção em Santa Catarina  
Solicitamos que no final do trabalho nos seja facultada uma cópia do mesmo.  
Sem outro assunto de momento, com os melhores cumprimentos.

O Presidente



Dr. Manuel de Almeida Martins



**Santa Casa da Misericórdia de Silves**  
Largo Comendador Vilarinho - Aptº 96  
**8300 - 999 Silves**  
Contribuinte n.º 500 900 299  
☎ 282 442 635 FAX 282 085 930

Helena Catarina de Paiva Ribeiro  
Av. Calouste Gulbenkian  
Edifício Bela Vista nº 4 6 F  
8000 - 072 Faro

N/Refº. – 186/2010 de 2010/06/25  
Assunto – Autorização ao pedido de autorização para aplicação dos  
instrumentos aos idosos da instituição

Exma. Senhora,

Em resposta ao vosso ofício datado de 31 de Maio de 2010, vimos por  
este meio informar V. Exa. que poderá proceder à recolha de dados junto  
dos utentes institucionalizados na nossa instituição, no período pretendido.

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos com os nossos  
melhores cumprimentos.

Pela Mesa Administrativa  
O Director Coordenador



(Dr. Nuno Silva)

2º Via



**ACASO**  
ASSOCIAÇÃO CULTURAL E DE APOIO SOCIAL DE OLHÃO  
Instituição Particular de Solidariedade Social  
NIPC: 501 350 543

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

**Exma. Senhora**  
**Helena Catarina Paiva Ribeiro**  
**Av. Calouste Gulbenkian,**  
**Ed. Bela Vista, N.º 4, 6º**  
**8000-072 Faro**

N/REF.: B/0405/10

Data: 22-12-2010

**ASSUNTO: Autorização para efectuar recolha de dados**

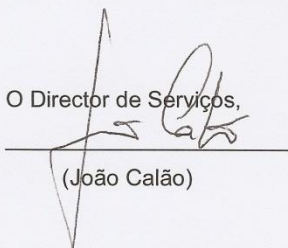
No seguimento do v/ ofício datado de Junho 2010, encarrega-me a Exma. Direcção desta instituição de informar V.Exa que concede autorização para a realização do estudo referido em epígrafe, desde que V.Exa assumo o compromisso de ser facultado o resultado do estudo na parte que disser respeito às respostas sociais que a ACASO dirige.

Para esclarecimentos adicionais deverá contactar-nos pelo correio electrónico seguinte:

[coordenacao@ipss-acaso.org](mailto:coordenacao@ipss-acaso.org)

Com os nossos melhores cumprimentos,

O Director de Serviços,

  
\_\_\_\_\_  
(João Calão)



## SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ESTÔMBAR

### Declaração

--- José Bentes Camarinha, Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Estômbar, declara que a Santa Casa da Misericórdia de Estômbar autoriza a aplicação das entrevistas realizadas nesta instituição, desde que seja salvaguardada a confidencialidade das respostas dadas e a devida utilização das mesmas, para efeitos da elaboração de uma tese de mestrado-----

--- Por ser verdade, mandei passar a presente Declaração que vai ser assinada por mim, e autenticada com o selo branco em uso na Instituição. -----

Estômbar e Santa Casa da Misericórdia, 29 de Junho de 2010

A MESA ADMINISTRATIVA

O PROVIDOR,

(José Bentes Camarinha)

ANEXO VII – CONSENTIMENTO INFORMADO

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### Consentimento Informado

Tomei conhecimento que o questionário que se apresenta a seguir faz parte de um trabalho escrito para o final do Mestrado em Gerontologia Social, onde se pretende conhecer a qualidade de vida da pessoa idosa no meio institucional.

De igual modo, tomei conhecimento que todas as respostas que der serão tratadas de forma confidencial, não pondo em causa a minha identidade.

Assim, o meu nome não deve aparecer em nenhuma das páginas deste questionário.

### Como responder ao questionário?

Vai ser-lhe pedido alguns dados pessoais e reposta a 26 perguntas sobre a forma como você encara a satisfação com a sua vida nas últimas duas semanas.

Para cada uma das perguntas existem cinco respostas possíveis: muito má, má, nem boa nem má, boa e muito boa. Deste modo, terá de escolher a resposta que considere mais adequada ao que sente, a fim da mesma ser anotada.

Por fim é importante perceber que não existem respostas certas ou erradas, apenas a resposta que revela a sua opinião sincera.

Muito Obrigado pela sua colaboração

## ANEXO VIII – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

<b>INSTITUIÇÃO ACTUAL</b>		
	DATA DE ADMISSÃO	_/_/___

<b>ANTECEDENTES INSTITUCIONAIS</b>	AUSENTES	
	PRESENTES	
	ONDE _____	
	QUANTO TEMPO ____	

<b>CONDIÇÃO FÍSICA</b>		
ALIMENTAÇÃO	AUTÓNOMO	
	AJUDA PARCIAL	
	AJUDA TOTAL	
MOBILIDADE	AUTÓNOMO	
	DEPENDENTE COM APOIOS	
	DEPENDENTE SENTADO	
	DEPENDENTE ACAMADO	
HIGIENE	AUTÓNOMO	
	DEPENDENTE PARCIAL	
	DEPENDENTE TOTAL	

<b>RENDIMENTO ECONÓMICO</b>	< 100 EUROS/MÊS	
	ENTRE 101 E 250 EUROS/MÊS	
	ENTRE 251 E 500 EUROS/MÊS	
	> 500 EUROS/MÊS	

<b>SUPORTE SOCIAL/FAMILIAR: VISITAS</b>	AUSENTE	
	PRESENTE	DIARIAMENTE
		2 X POR SEMANA
		1 X POR SEMANA
		NUNCA

QUALIDADE DAS VISITAS		
QUEM	FAMILIARES	
	AMIGOS	
	OUTRO _____	
QUEM GOSTARIA QUE VIESSE VISITAR	FAMILIARES	
	AMIGOS	
	OUTRO _____	

PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS: FAMILIARES / AMIGOS	AUSENTE		
	PRESENTE	DIARIAMENTE	
		2 X POR SEMANA	
		1 X POR SEMANA	
		NUNCA	

AUSÊNCIA DA INSTITUIÇÃO	TODOS OS FINS-DE-SEMANA		
ACOMPANHANTE _____	QUINZENALMENTE		
	MENSALMENTE		
	RARAMENTE		
	NUNCA		

ANEXO IX – INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

# WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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



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

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

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

## DADOS PESSOAIS

A1 Idade  anos

A2 Data de Nascimento  /  /

A3 Sexo  Masculino  
 Feminino

A4 Escolaridade

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

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil

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

B1a Está actualmente doente? Sim  Não

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento  Consulta Externa  Sem tratamento

### C. Forma de administração do questionário

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

### D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

---

---

---

---

---

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

## Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<b>26 (F8.1)</b>	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO X – QUESTIONÁRIO REFERENTE À CARACTERIZAÇÃO DA  
INSTITUIÇÃO

<b>CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO</b> _____	Código	
	Data	__/__/__

<b>EQUIPA MULTIDISCIPLINAR</b>	ENFERMEIROS	
	PSICÓLOGO	
	MÉDICO	
	TERAPEUTA DA FALA	
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	
	FISOTERAPEUTA	
	DIETISTA	
	ASSISTENTE SOCIAL	
	OUTRO _____	

<b>DINÂMICA INSTITUCIONAL</b>	HORÁRIO DE VISITAS _____	
	NÚMERO LIMITE DE VISITAS _____	

<b>EQUIPAMENTO</b>	SALA DE CONVÍVIO	
	REFEITÓRIO	
	ESPAÇO INTERIOR DE LAZER	
	ESPAÇO EXTERIOR DE LAZER/JARDIM	
	GINÁSIO	
	CADEIRAS DE RODAS	
	ANDARILHOS	
	CAMAS ARTICULADAS	

<b>ESTRUTURA FÍSICA</b>	EDIFÍCIO RECENTE (< 5 ANOS)	
	EDIFÍCIO ANTIGO (> 5 ANOS)	
	EDIFÍCIO ADAPTADO	

<b>UNIDADE DO UTENTE</b>	QUARTOS INDIVIDUAIS	
	QUARTOS DUPLOS	
	QUARTOS TRIPLOS OU MAIS	
	QUARTOS DUPLOS E TRIPLOS	
	TODOS OS TIPOS	

ANEXO XI – MANUAL DO UTILIZADOR E SINTAXE DO INSTRUMENTO  
WHOQOL-BREF

# Instrumento

## WHOQOL-BREF

Manual do Utilizador e Sintaxe



SAÚDE MENTAL: PESQUISA E EVIDÊNCIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
GENEVA

**INFORMAÇÕES SOBRE A VERSÃO PORTUGUESA DO WHOQOL-100 PODEM SER OBTIDAS COM:**

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**  
Prof. Doutor Adriano Vaz Serra  
Email: [adrianovs@netvisao.pt](mailto:adrianovs@netvisao.pt)

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**  
Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria Cristina Canavarro  
Email: [mccanavarro@netcabo.pt](mailto:mccanavarro@netcabo.pt)

## PROCEDIMENTOS DE ADMINISTRAÇÃO DO WHOQOL-BREF

O WHOQOL-100 foi inicialmente desenvolvido como um *questionário de auto-resposta*. No entanto, em determinadas situações não é possível optar por esta metodologia. Neste sentido, os modos de administração do questionário são:

1. **Auto-administrado** – após a leitura das instruções, o respondente preenche o questionário sem qualquer ajuda;
2. **Assistido pelo entrevistador** – o entrevistador lê as instruções e explica o modo de preenchimento do questionário. É o respondente que lê as questões e assinala as respostas.  
**Nota:** nesta modalidade deve ser manifestada a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.
3. **Administrado pelo entrevistador** – o entrevistador lê as instruções, as questões, os descritores da escala de resposta e assinala no questionário a resposta dada pelo inquirido.

**Modalidade de entrevista** [No caso do doente não conseguir preencher]

De forma a uniformizar a administração do questionário e evitar influenciar as respostas do inquirido, as seguintes recomendações devem, rigorosamente, ser tidas em atenção:

1. A entrevista deve ser conduzida em privado, sem outros doentes, familiares ou amigos presentes. Nesta impossibilidade, deve-se assegurar que os outros não influenciam a resposta do inquirido;
2. O entrevistador deve ler as instruções, as questões e as escalas de resposta, mas não as deve alterar. As instruções podem ser explicadas numa linguagem mais simples. O mesmo **não** deve ser feito em relação às questões e aos descritores da escala de resposta. O entrevistador deve explicar ao respondente que as questões, escalas de resposta e respostas não devem ser discutidas durante a administração do WHOQOL<sup>1</sup>. Se o respondente não conseguir responder a uma questão em vez de a repetir, deve-se atribuir uma **nota de 8** e passar à questão seguinte;
3. O entrevistador deve assegurar-se de que não influencia as respostas do inquirido. Mesmo as questões que parecem semelhantes, devem ser lidas na totalidade e classificadas de acordo com a escolha do respondente;
4. O período de referência de **duas semanas** deve ser enfatizado nas instruções sempre que aplicável;
5. Deve-se ter algum cuidado na explicação das instruções das questões de importância, para que o doente perceba essas questões como distintas das anteriores e não como uma repetição das mesmas.

<sup>1</sup> Se o respondente insistir, deve ser explicado que esses assuntos podem ser discutidos no final da passagem

## PROCEDIMENTO DE PONTUAÇÃO DO WHOQOL-BREF SPSS

Primeiro, todas as pontuações precisam ser conferidas de que estejam no intervalo apropriado (entre 1 e 5).

**Confira se todas as perguntas do questionário têm uma variação entre 1-5**

Passos	Sintaxe de SPSS para executar dados conferidos, limpar e computar pontuações totais
Confira se todas as 26 perguntas do questionário têm uma variação de 1-5	RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).  (Este procedimento recodifica todos os dados fora da variação 1-5 para o sistema "missing".)

Os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo, onde as pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida. Algumas facetas (Dor e Desconforto, Sentimentos Negativos, Dependência de Medicação, Morte e Morrer) não estão formuladas num sentido positivo, donde para estas facetas as pontuações mais altas não significam melhor qualidade de vida. Estas facetas precisam ser recodificadas para que as pontuações altas reflectam melhor qualidade de vida. As instruções para o cálculo dos resultados estão expostas abaixo.

**Inverta as perguntas formuladas negativamente**

Inverta 3 questões formuladas negativamente	RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).  (Isto transforma perguntas formuladas negativamente em perguntas formuladas positivamente.)
---	--

A média dos resultados das perguntas dentro de cada domínio é usada para calcular o resultado do domínio. A média dos resultados é então multiplicada por 100 para que os resultados dos domínios sejam comparáveis com os usados no WHOQOL-100. Neste sentido, os resultados variam entre 0 e 100.

#### Cálculo dos resultados dos domínios

WDG = Sum.2(Q1, Q2).

WD1 = Sum.7(Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18).

WD2 = Sum.6(Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26).

WD3 = Sum.3(Q20, Q21, Q22).

WD4 = Sum.8(Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25).

MDG = 4\*(Mean(Q1, Q2)).

MD1 = 4\*(Mean(Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18)).

MD2 = 4\*(Mean(Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26)).

MD3 = 4\*(Mean(Q20, Q21, Q22)).

MD4 = 4\*(Mean(Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25)).

\* Transformar os resultados das facetas e domínios do WHOQOL-BREF numa escala de 0 a 100

\* Estes resultados transformados devem ser usados na interpretação dos dados quando comparados

\* com outros instrumentos validados

TWDG = ((WDG - 2)/8)\*100.

TWD1 = ((WD1 - 7)/28)\*100.

TWD2 = ((WD2 - 6)/24)\*100.

TWD3 = ((WD3 - 3)/12)\*100.

TWD4 = ((WD4 - 8)/32)\*100.

ANEXO XII – PEDIDO DE INSTRUMENTO DE QV E AUTORIZAÇÃO DE  
APLICAÇÃO

Ex.ma Senhora  
Professora Doutora  
Maria Cristina Canavarro

**Assunto:** *Pedido de autorização para aplicação do instrumento WHOQOL-BREF*

No âmbito de mestrado em Gerontologia Social, a decorrer na Universidade do Algarve, eu, Helena Catarina de Paiva Ribeiro, licenciada em Enfermagem e com o intuito de desenvolver um trabalho de investigação que se intitula "**Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados - um estudo exploratório nas IPSS's do Algarve**", venho por este meio solicitar a escala acima mencionada e respectivo protocolo de aplicação. Deste modo, aguardo a autorização de vossa excelência para poder dar início ao estudo salientando desde já, o respeito que será tido pelos direitos de autor, pelo protocolo de utilização da escala e assumindo o compromisso de transmitir os resultados obtidos.

Mais informo, que o presente estudo decorre sob a orientação da Professora Doutora Emília Costa - docente da Escola Superior de Saúde de Faro -, revelando-se a mesma disponível para eventuais esclarecimentos através do seguinte contacto electrónico: [eicosta@ualg.pt](mailto:eicosta@ualg.pt).

Sem mais assunto, agradeço uma resposta o mais breve possível de forma a cumprir os prazos académicos previamente.

Grata pela disponibilidade e atenção que possa dispensar a este assunto, apresento os meus cumprimentos.

Helena Catarina Ribeiro

\_\_/\_\_/2010

« Voltar a Caixa de entrada

Arquivo

Denunciar spam

Eliminar

Mover para▼

Marcadores▼

Mais acções▼

## Pedido de autorização para aplicação de escala

Caixa de entrada | X

★ Catarina Ribeiro Cara Professora Doutora Maria Cristina Canavarro: Eu, Helena Catarina Ribeiro...

06/04/10

★ Maria Cristina Canavarro para mim

[mostrar detalhes](#) 06/04/10

[Responder](#)

Cara Dra. Catarina Ribeiro,

Na sequência do seu email, convido-a a visitar a nossa página <http://www.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm> e a preencher o formulário que nela pode encontrar, relativo à utilização do WHOQOL-Bref, para que lhe possamos enviar o instrumento e respectiva documentação (manuais de administração e cotação e respectiva sintaxe). Poderá encontrar outra informação relevante em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>

Aguardando o seu contacto, envio os meus cumprimentos,

MCristina Canavarro

.....  
Maria Cristina Canavarro  
[mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)  
<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>  
<http://www.huc.min-saude.pt/unipmaternidade>

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da  
Universidade de Coimbra  
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153  
3001-802 Coimbra Portugal  
Tel. (+351 239851450) Fax (+351 239 851465)

Unidade de Intervenção Psicológica (UNIP)  
Maternidade Doutor Daniel de Matos  
Avenida Miguel Torga  
3030-165 Coimbra Portugal  
Tel. (+351 239403060) Fax (+351 239 403062)

ANEXO XIII – CARTA DE AGRADECIMENTO

Helena Catarina Ribeiro  
E\_mail: [cr3300@gmail.com](mailto:cr3300@gmail.com)

Ex.mº (a) Director(a) Técnica da Unidade de Internamento

---

**ASSUNTO: Agradecimento pela disponibilidade e receptividade por parte das entidades máximas institucionais e funcionários**

Venho por este meio, oficializar o meu sincero agradecimento a todos vós que contribuíram para que o meu trabalho de dissertação de mestrado, cujo tema é “Qualidade de Vida da pessoa idosa institucionalizada” fosse concretizado e operacionalizado nas várias instituições que se disponibilizaram para me acolher. Sem o vosso contributo, este percurso seria certamente mais longo e como tal gostaria de informar que estarei disponível para quaisquer esclarecimentos de dúvidas, bem como a eventual necessidade de ceder formação nesta área. Mais informo que, tal como prometido, assim que o documento se torne oficial serão facultados os respectivos resultados referentes à aplicação do estudo.

Sem outro assunto de momento, o meu muito obrigado.

Assinatura: \_\_\_\_\_

(Catarina Ribeiro)

Março de 2011



UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO/  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE FARO

**MESTRADO EM GERONTOLOGIA SOCIAL**

**QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO**

Dissertação de Mestrado

Autora  
Helena Catarina de Paiva Ribeiro

Faro, Março de 2011