

Márcia da Rocha e Castro

Qualidade de Vida no Idoso Institucionalizado

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2017

Márcia da Rocha e Castro

Qualidade de Vida no Idoso Institucionalizado

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2017

Márcia da Rocha e Castro

Qualidade de Vida no Idoso Institucionalizado

(Márcia da Rocha e Castro)

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciado em enfermagem

Resumo

O presente estudo de investigação, intitulado “Qualidade de vida no Idoso Institucionalizado”, enquadra-se no âmbito da concretização de um projeto de graduação para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. O mesmo teve como principal objetivo avaliar a perceção de qualidade de vida no Idoso institucionalizado.

O envelhecimento humano consiste num processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social das pessoas que, se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida (Direção Geral de Saúde – DGS, 2004).

Relativamente ao termo idoso, Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos.

Para a Direção Geral de Saúde - DGS (2003) o conceito de qualidade de vida tem a ver com a perceção por parte dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar o estado de felicidade e de realização pessoal na procura de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência.

Para se proceder à concretização do objetivo geral do presente estudo optou-se pela realização de um estudo descritivo simples aplicado a trinta idosos pertencentes ao Lar da Freguesia de Lanheses, concelho de Viana do Castelo no período de Junho de 2016 a Junho de 2017, com o intuito de identificar qual a qualidade de vida no idoso institucionalizado.

O instrumento usado para a colheita de dados foi um questionário, sendo este aplicado a Escala da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref).

Após a análise e discussão dos resultados do mesmo pode-se concluir que os indivíduos apresentam uma perceção de qualidade de vida para o domínio físico =62%, domínio

psicológico e o domínio do meio ambiente=67% e o domínio das relações pessoais=74%, isto é uma percepção de qualidade de vida acima de 50%.

Summary

The present study, titled "Quality of life in elderly institutionalized," falls within the scope of the implementation of a graduation project to obtain a degree in Nursing. The main objective was to evaluate the quality of life in elderly institutionalized.

Human aging is a process of progressive changes in biological, psychological and social structure of people, which begins before birth and develops throughout life (Direção Geral de Saúde, 2004).

Regarding the term elderly, the World Health Organization (WHO, 2002) defines the elderly from the chronological age, therefore, the elderly person is 60 years old or more, in developing countries and 65 years old or more in developed countries.

For the Directorate General of Health - DGS (2003) the concept of quality of life concerns to the perception by individuals or groups and what needs are satisfied, and the opportunities that are not denied to achieve the state of happiness and Personal fulfillment in the quest for a quality of existence above simple survival.

In order to carry out the general objective of the present study, we used a simple descriptive study to thirty elderly people belonging to the Lanheses Town Hall, Viana do Castelo municipality, from June 2016 to June 2017, with in order to identify the quality of life in elderly institutionalized.

The instrument used to collect data was a questionnaire, which was applied the World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-bref).

After analyzing and discussing the results of the same it can be concluded that the individuals present a quality of life perception for the physical domain = 62%, psychological domain and the environment domain = 67% and the domain of personal relations = 74 %, this is a perception of a quality of life above 50%.

Dedicatória

Dedico este projeto aos meus pais, que me deram a oportunidade de me licenciar no curso dos meus sonhos e que sempre me apoiaram e me deram apoio e força para não desistir.

E às minhas avós, pelo amor sem fim e por todos os seus ensinamentos.

Agradecimentos

A realização deste projeto não teria sido possível sem o apoio, orientação, incentivo e colaboração imprescindível de algumas pessoas a quem gostaria de deixar expresso o meu agradecimento.

Aos meus pais, irmão, avós e restante família, pelo apoio incondicional. Vocês fizeram de mim a pessoa que hoje sou, pelo que só tenho motivos para agradecer.

Ao meu namorado e melhor amigo Mikael, por estar sempre ao meu lado e me fazer feliz todos os dias.

Ao meu orientador, Enfermeiro José Teixeira, por toda a disponibilidade, pelo acompanhamento neste projeto, pelas críticas construtivas, pela atenção e motivação para a realização do projeto.

À Mestre Teresa Guerreiro, pela sua amizade, por todas as palavras de apoio e força durante o meu percurso académico.

À Universidade Fernando Pessoa e todos os docentes, que ao longo desta licenciatura, me apoiaram e partilharam conhecimentos que serão muito úteis na minha vida profissional e pessoal.

“Matar o sonho é matarmo-nos. É mutilar a nossa alma. O sonho é o que temos de realmente nosso, de impenetravelmente e inexpugnavelmente nosso.”

Fernando Pessoa

Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

OMS- Organização Mundial de Saúde

DGS- Direção Geral de Saúde

ScieLO- Scientific Electronic Library

REPE- Regulamento do Exercício Profissional

INE- Instituto Nacional de Estatística

Índice

0. Introdução.....	15
I. Fase conceitual.....	17
1. Problema de investigação	17
i. Tema: Escolha e justificação	18
ii. Questão pivô e questões de investigação.....	19
iii. Pergunta de Partida.....	20
2. Revisão da Literatura.....	20
i. Idoso	21
ii. Idoso Institucionalizado.....	27
iii. Qualidade de vida	29
iv. Cuidados de Enfermagem em Geriatria.....	31
3. Objetivos do estudo	33
i. Objetivos Específicos	33
II. Fase Metodológica.....	34
1. Desenho de investigação	34
i. Tipo de estudo.....	34
ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem	35
iii. Variáveis em estudo	36
iv. Instrumento de recolha de dados	37
v. Tratamento e apresentação dos dados	38
2. Salvaguarda dos princípios éticos.....	38
III. Fase Empírica	41
1. Apresentação dos dados, análise e interpretação e discussão de resultados.....	41
i. Caracterização sociodemográfica	41
ii. Apresentação das variáveis em estudo	43
Conclusão	45
Referências Bibliográficas.....	46

ANEXOS

Anexo I- Consentimento Informado e Esclarecido

Anexo II- Autorização da aplicação

Anexo III- Questionário

Anexos IV- Estatísticas

Índice de tabelas

Tabela nº1: Idade	41
Tabela nº2: Género	41
Tabela nº3: Habilitações Literárias.....	42
Tabela nº 4: Estado Civil	43
Tabela nº5: Profissão atual	43
Tabela nº6: Avaliação da qualidade de vida geral.....	44

0. Introdução

No plano curricular do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa-Unidade de Ponte de Lima, insere-se a realização de um projeto de graduação com o objetivo da obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. Para este fim, foi desenvolvido um processo de estudo no qual se pretendeu perceber qual a Qualidade de Vida no Idoso Institucionalizado.

Pela Organização Mundial de Saúde (2002) o envelhecimento é definido como o prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas.

Para Farenzena (2007) é impossível estudar o processo de envelhecimento sem abordar a qualidade de vida. A qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde, por este motivo tem sido utilizada por profissionais de saúde, investigadores, economistas, administradores e políticos (Campos e Neto, 2008).

O objetivo geral desta investigação é identificar qual a perceção de qualidade de vida nos idosos institucionalizados no Centro Paroquial e Social Riba Lima, localizado numa freguesia do concelho de Viana do Castelo. Como objetivos específicos teremos: analisar a perceção de qualidade de vida a nível físico numa amostra de idosos institucionalizados do concelho de Viana do Castelo, analisar a perceção de qualidade de vida a nível psicológico numa amostra de idosos institucionalizados do concelho de Viana do Castelo, analisar a perceção de qualidade de vida a nível das relações sociais numa amostra de idosos institucionalizados do concelho de Viana do Castelo, e por último analisar a perceção de qualidade de vida a nível do meio ambiente numa amostra de idosos institucionalizados do concelho de Viana do Castelo.

Para a realização desta investigação, a população escolhida foram os idosos, habitantes de uma freguesia do Concelho de Viana do Castelo que decorreu durante o período de tempo de Junho de 2016 a Junho de 2017. O instrumento de colheita de dados utilizado, foi um questionário de aplicação direta para recolha de informação sobre as variáveis

sociodemográficas, bem como sobre a sua qualidade de vida, de acordo com a Escala da Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref).

O presente trabalho de graduação encontra-se dividido em três partes diferentes correspondendo a primeira parte à fase concetual, seguida pela fase metodológica e por último a fase empírica onde se realiza a análise e discussão dos resultados obtidos de acordo com os objetivos da investigação.

Durante a realização do projeto de investigação existiram algumas limitações nomeadamente dificuldade na aplicação dos questionários devido a recusa de alguns idosos abordados, bem como a conjugação de outras atividades como os ensinamentos clínicos, o que limitou por vezes a organização do tempo disponível.

Após a análise e discussão dos resultados do mesmo pode-se concluir que os indivíduos apresentam uma perceção de qualidade de vida para o domínio físico =62%, domínio psicológico e o domínio do meio ambiente=67% e o domínio das relações pessoais=74%, isto é, uma perceção de qualidade de vida acima dos 50%.

I. Fase concetual

A fase concetual é uma etapa fundamental no processo de investigação. É através dela que surge o levantamento de uma problemática e consequente busca de resposta, o que faz naturalmente gerar conhecimento (Fortin,2009).

Assim, segundo Fortin (2009, p.47) o processo de investigação:

(...) comporta quatro fases (conceptual, metodológica, empírica e de interpretação/difusão). A fase concetual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema.

De acordo com a mesma autora (2009, p.49) a fase concetual reveste-se de uma grande importância, porque dá à investigação uma orientação e um objetivo. No entanto, cada fase tem subjacente uma metodologia própria e, apesar de cada uma ter por base os resultados da anterior, não existe uma continuidade de natureza processual.

Desta forma, a fase concetual tem como objetivo identificar o problema de investigação, o domínio de investigação, as questões pivô e questão de investigação. Este processo é complementado com revisão de literatura, estabelecimento de objetivos e levantamento de questões.

1. Problema de investigação

Toda a investigação para Fortin (2009, p.48), parte de uma situação considerada problemática, que causa mal-estar, inquietação e que por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.

A primeira etapa da fase concetual consiste essencialmente na delineação do tema de investigação e de uma questão preambular pois, esta (...) reveste-se de uma grande importância, porque dá à investigação uma orientação e um objetivo (Fortin, 2009 p.49).

A mesma autora (2009, p.142) quando se refere à etapa de formulação do problema diz que:

“ (...) É crucial no processo de investigação (...) situa-se no centro da fase conceptual, no decurso da qual se precisam as decisões relativas à orientação e aos métodos da investigação”.

Assim sendo, percebe-se que o investigador deve dar muita importância e ênfase à definição da problemática que pretende estudar e à sua delimitação, constituindo possivelmente desta forma uma das fases mais difíceis do processo de investigação (Fortin, 2009).

De acordo com o mencionado anteriormente, Fortin (2009) refere ainda que a formulação do problema de investigação necessita da reunião de um conjunto de elementos que, uma vez ordenados uns em relação aos outros, darão uma visão clara do problema.

Assim sendo segundo Coutinho (2014, p.49) refere que o problema de investigação é fundamental porque centra a investigação numa área ou domínio concreto, organiza o projeto, dando-lhe direção e coerência, delimita o estudo, mostrando as suas fronteiras, guia a revisão da literatura para a questão central.

De acordo com o referido anteriormente surge a problemática em estudo, que foi estudar a percepção da qualidade de vida no idoso institucionalizado.

i. Tema: Escolha e justificação

Para dar início à sua investigação, o investigador tem de começar por escolher um tema para investigar (Fortin, 2009).

O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos. A escolha do tema de estudo é uma das etapas mais

importantes do processo de investigação, porque influencia o desenrolar das etapas seguintes (Fortin, 2009, p. 67).

Segundo Marconi e Lakatos (2007, p.25), O tema é o assunto que se deseja estudar e pesquisar. Segundo o mesmo autor o assunto escolhido deve ser exequível e adequado em termos tanto dos fatores externos quanto dos internos ou pessoais. O investigador deve escolher um tema relativo a um problema geral que necessita de uma investigação sistemática, ou seja o tema escolhido deve ser um tema atual e do interesse do investigador.

Assim, o tema escolhido para este problema de investigação foi a Qualidade de vida no Idoso Institucionalizado numa freguesia do concelho de Viana do Castelo.

Esta escolha teve por base motivações a nível académico e pessoal. Se por um lado permite alargar conhecimentos na área, compreender a adaptação do idoso a uma instituição e qual a sua perceção de qualidade de vida, por outro, esteve o interesse pela área de Geriatria, onde os Enfermeiros têm um papel importante a nível dos cuidados de Enfermagem geriátrica.

ii. Questão pivô e questões de investigação

Após a identificação do problema, surge a necessidade de delinear a pergunta de partida que deve incluir as variáveis em estudo e à qual se deve dar uma resposta no final do projeto de investigação (Fortin, 2009).

Uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. É um enunciado claro e não equívoco que precisa dos conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica (Fortin, 2006, p.72).

De acordo com Ribeiro (2010), a questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação.

Assim, partindo do problema em estudo e de acordo com Fortin (2009, p.101):

(...) as questões de investigação decorrem do problema de investigação e do seu quadro teórico ou conceptual e determinam as outras etapas do processo de investigação (...) são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação.

Deste modo, e tendo em conta o que foi exposto anteriormente, delineou-se para este estudo a seguinte questão pivô: Qual a qualidade de vida no idoso institucionalizado?

Como questões de investigação definiram-se:

- Qual a perceção de qualidade de vida a nível físico, numa amostra de idosos institucionalizados do concelho de Viana do Castelo?
- Qual a perceção de qualidade de vida a nível psicológico, numa amostra de idosos institucionalizados do concelho de Viana do Castelo?
- Qual a perceção de qualidade de vida a nível das relações sociais, numa amostra de idosos institucionalizados do concelho de Viana do Castelo?
- Qual a perceção de qualidade de vida a nível do meio ambiente, numa amostra de idosos institucionalizados do concelho de Viana do Castelo?

iii. Pergunta de Partida

A pergunta de partida é a forma como o investigador exprime o que procura saber, elucidar e compreender melhor, servirá assim de fio condutor da investigação (Fortin,2009).

Assim, e seguindo as orientações do autor, a pergunta de partida deste estudo é: Qual a qualidade de vida numa amostra de idosos institucionalizados do concelho de Viana do Castelo?

2. Revisão da Literatura

De acordo com Fortin (2009, p.87), uma revisão de literatura concretiza-se através de um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação.

Examinam-se estas publicações para levantar tudo o que se reporta com a questão de investigação e, dado o caso, para determinar os métodos utilizados e apreciar ao mesmo tempo as relações estabelecidas entre os conceitos, os resultados obtidos e as conclusões.

A revisão inicial da literatura tem por objetivo colher informação sobre a atualidade de um dado tema, consultando diversas obras de referência (Fortin 2009, p.89), ou seja, pretende-se identificar e localizar os estudos mais relevantes relacionados com o problema de investigação (Coutinho, 2014, p.60).

Para Fortin (2009, p.67):

O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos (...) é uma das etapas mais importantes do processo de investigação, porque influencia o desenrolar das etapas seguintes.

Deste modo, procurando situar o estudo num contexto teórico específico, utilizou-se a literatura científica indexada nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), na língua portuguesa, utilizando-se as palavras-chave: idoso, idoso institucionalizado e qualidade de vida. Esta pesquisa foi ainda complementada com recurso à consulta de livros e trabalhos científicos.

Neste projeto de investigação irão ser abordados os conceitos imperativos para o enquadramento do mesmo, nomeadamente o idoso, idoso institucionalizado, cuidados de enfermagem geriátrica e qualidade de vida.

i. Idoso

O envelhecimento humano consiste num processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social das pessoas que, se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida (Direção Geral de Saúde – DGS, 2004).

Pela OMS (2002) o envelhecimento é definido como o prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas.

De modo geral, o envelhecimento está relacionado com o processo de “envelhecer”. Mas o que é envelhecer? Enquanto verbo transitivo, “envelhecer” significa sofrer os efeitos da passagem do tempo ou tornar-se velho, perder a juventude ou a atualidade, cair em desuso, amadurecer ou adquirir experiência. Nesta reflexão envelhecer remete para o modo como envelhecemos, para a experiência de vida (autoconceito) e para determinados contextos e processos que a determinam (Carvalho, 2013).

Segundo a autora Carvalho (2013) o envelhecimento demográfico começa a evidenciar-se a partir dos finais do século XX, e é entendido como um aumento, absoluto e relativo, da população com 65 e mais anos de idade, no total da população em Portugal.

O envelhecimento demográfico em Portugal resulta fundamentalmente de três fatores: baixa taxa de natalidade (nascem cada vez menos crianças), fluxos migratórios (os jovens saem à procura de melhores condições de vida e o regresso da população idosa emigrada), e aumento da esperança média de vida (Carvalho,2013).

O envelhecimento pode ser considerado um fenómeno biológico, psicológico e social, sendo que as alterações que irão ocorrer nesses três aspetos durante a velhice são geralmente lentas, gradativas e, em grande parte, heterogéneas. Isto é, para cada pessoa, o envelhecimento dá-se de forma única e tem características individuais (Zimmerman, 2000).

A velhice não só resulta de um processo fisiológico, como é também um produto social, constituindo uma representação (imagem) do envelhecimento (Fontaine, 2000).

Brunner e Suddarth (2012) fazem a distinção entre envelhecimento primário e envelhecimento patológico. O primeiro caracteriza-se por ser um envelhecimento fisiológico normal, ou seja, em que as progressivas alterações decorrem do processo normal de envelhecimento sem patologias, distinto do envelhecimento acelerado ou

abreviado por doenças e que resulta de influências exógenas à pessoa, isto é, o envelhecimento patológico.

Envelhecer significa ficar com mais idade e ao longo da vida a sociedade atribui-nos muitas idades: idade para andar, idade para ir para a escola, idade para tirar a carta de condução, idade da reforma. A estes momentos está associada uma idade cronológica que corresponde à idade oficial mencionada no bilhete de identidade (Maria Camejo,2013).

Fonseca (2004) considera vantajoso o recurso às categorias de idade defendidas por Birren & Cunningham:

- Idade biológica: o funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano diminui com o tempo, afetando a saúde dos indivíduos;
- Idade psicológica: as capacidades de natureza psicológica das pessoas para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental determinam as suas competências fundamentais para o controlo pessoal e a autoestima;
- Idade sociocultural: refere-se ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam numa sociedade e que influenciam os comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, etc.

A idade funcional abordada por Brunner e Suddarth (2012), estabelece a relação com a saúde, independência física, funcionalidade social e psicológica, que interligadas determinam a idade funcional.

Segundo Ribeiro e Paúl (2011) o envelhecimento ativo é considerado numa perspetiva de curso de vida, em que envelhecer não se inicia algures num ponto específico, como seria, por exemplo, a idade legal da reforma, mas corresponde antes a um processo que se estende ao longo de toda a vida e em que a história individual se constrói progressivamente.

O modelo de envelhecimento ativo, conforme preconizado pela OMS (2002), aponta para fatores de ordem pessoal, sendo eles os fatores biológicos, genéticos e

psicológicos; os fatores comportamentais, ou seja, os estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde; fatores económicos, como por exemplo, os rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno; os fatores estruturais e ambientais referem-se a acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros; e, por fim, os fatores sociais, nomeadamente o apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso, e a promoção da saúde e prevenção de doenças, serviços de saúde acessíveis e de qualidade.

Na mesma linha de pensamento, para Jacob e Fernandes (2011) o envelhecimento ativo pode ser considerado como o produto de um processo de adaptação que ocorre ao longo da vida, através do qual se goza de um ótimo funcionamento físico (incluindo a saúde), cognitivo, emocional, motivacional e social.

O objetivo do envelhecimento ativo consiste em promover o prolongamento da vida ativa, não em termos profissionais, mas envolvendo os idosos na vida social, não como audiência passiva mas como participantes ativos (Viegas, 2007).

A promoção do envelhecimento ativo constitui um desafio para a sociedade, sistema de saúde e profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros. Segundo a OMS quando as políticas sociais de saúde, do mercado de trabalho, de emprego e de educação ajudarem o envelhecimento ativo teremos provavelmente: menos mortes prematuras em estádios da vida altamente produtivos; menos deficiências ligadas a doenças crónicas nas pessoas idosas; maior número de pessoas com qualidade de vida ao longo do envelhecimento; mais pessoas idosas ativas nos aspetos sociais, culturais, económicos e políticos da sociedade, em atividades remuneradas ou não na vida doméstica familiar e comunitária, e por fim, menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica (OMS, 2002).

Como refere Ferreira (2009) o envelhecimento ativo aplica-se a toda a comunidade e tem como objetivo principal aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade. Para isso é necessário que os indivíduos entendam o seu potencial para o seu

bem-estar físico, social e mental, proporcionando deste modo a participação ativa das pessoas idosas, nas questões económicas, culturais, espirituais e cívicas.

Relativamente ao termo idoso, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos.

O idoso é ainda vulnerável à exclusão social, pela condição de reformado, sem relação com o trabalho e com os colegas, pela dificuldade de comunicação com as gerações mais jovens, pelo isolamento em relação à família, pela perda de autonomia física e funcional e ainda pelas dificuldades da adaptação às novas tecnologias (Martins e Santos, 2008).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, a população idosa, com 65 ou mais anos, residente em Portugal é de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total. Na última década o número de idosos cresceu cerca de 19% (Anexo IV).

No ano de 1960 o rácio do índice de envelhecimento em Portugal era de 26,5%, havendo um aumento brusco no ano de 2015, passando para 143,9% do rácio (INE).

Relativamente à cidade de Viana do Castelo, o INE refere que o índice de envelhecimento aumentou 112,2% em relação ao ano de 1960 (Anexo IV).

Cerca de um terço dos idosos encontra-se na Região Norte, seguida pelas regiões Centro e Lisboa. Cerca de 400 mil idosos vivem sós e 804 mil em companhia exclusiva de pessoas também idosas. Na última década, o número de pessoas idosas a viver sozinhas (400 964) ou a residir exclusivamente com outras pessoas com 65 ou mais anos (804 577) aumentou cerca de 28%, tendo passado de 942 594 em 2001, para 1 205 541 em 2011 (INE).

Particularmente importante neste grupo etário é a questão dos cuidados continuados que se caracterizam por um conjunto de cuidados médicos e sociais, de carácter prolongado,

que para além de englobarem doenças crónicas de longa evolução ou doenças em situação terminal, em qualquer grupo etário, são particularmente prementes nos idosos (Galvão, 2006).

Este tipo de conclusões acaba por se tornar um padrão que serve de guia a diversos programas de saúde e assistência, particularmente nos idosos, como se pode ver no seguinte texto do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006, p.5, 6 e 9):

O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

E continua o texto, seguindo de perto as conclusões da DGS,

Se é verdade que os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, contribuem para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da vida, não podemos esquecer que, em muitas situações, o declínio das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais. São importantes exemplos dessas situações, pela sua prevalência, entidades clínicas como a depressão bem como os fenómenos de solidão e de isolamento de muitas pessoas idosas.

A saúde é, assim, o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem, sendo a qualidade de vida, nas pessoas idosas, largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia e a independência.

É hoje perfeitamente claro para a sociedade e as instituições, e não apenas para os investigadores, que o conceito de qualidade de vida no idoso se tornou um fator fundamental na criação de programas assistenciais e de apoio na idade geriátrica.

Segundo o 4º artigo do Capítulo II (Disposições Gerais) do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, p.3),

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Cuidar um idoso nem sempre é tarefa fácil nem arbitrária, pois exige a coordenação de diversos fatores pessoais, profissionais e institucionais, proporcionando condições para satisfazer as suas necessidades básicas. Para tal é necessário partilhar atitudes como sejam a empatia, a aceitação, o compromisso, a consciência e competência. Estes atributos caracterizam o cuidado de enfermagem pois permitem colocar em ação um conjunto de saberes e recursos oriundos de diferentes áreas. Implica assim, um saber responsável e assertivo (Sousa, 2012, p.2).

ii. Idoso Institucionalizado

Ao longo da vida o idoso desenvolve relações interpessoais, mas com o decorrer do envelhecimento estas vão-se deteriorando devido às fragilidades decorrentes do envelhecimento por diversos motivos: perda de companheiro, filhos, familiares e amigos, assim como o isolamento do círculo familiar e da sua própria rede social o que leva ao aumento da dependência provocada pelos limites impostos da incapacidade. Estas situações de fragilidade levam o idoso com incapacidade funcional a ser internado num lar (Medeiros, 2012).

No ciclo de vida familiar, é desde a fase das famílias com filhos adolescentes que se iniciam as preocupações com as fragilidades da geração mais velha e surge a necessidade de organizar apoio e os devidos cuidados para os pais idosos. Primeiramente o cuidado é, apenas, centrado na promoção da saúde e prevenção da doença, por exemplo proporcionar consultas de rotina ou recorrer à urgência hospitalar, em caso de sintomatologia aguda. Mas, nas fases seguintes a família tem de saber lidar com eventuais incapacidades dos idosos, podendo culminar em perda total da independência ou na morte de algum dos elementos da família (Sousa et al., *cit in* Paúl e Ribeiro, 2012).

Há muito tempo que se verifica um enfraquecimento dos laços familiares e uma diminuição cada vez maior das redes naturais de suporte dos idosos, sendo a instituição, rede de suporte formal a realizar esse papel de prestação de cuidados (Cardão, 2009).

Esta situação está relacionada com a história de vida e com características individuais do idoso, desenvolvidas nas relações interpessoais construídas ao longo da vida, e que, em virtude das fragilidades decorrentes do envelhecimento, se tornam mais evidentes. Muitas vezes o internamento em lares é o reflexo da perda do companheiro, filhos, familiares e/ou amigos, bem como de situações de fragilidade em que o idoso com incapacidade funcional é gradativamente isolado do circuito familiar e da sua própria rede social, aumentando a sua dependência provocada pelos limites impostos da incapacidade (Barros, 2011; Yamada et al., 2012; Medeiros, 2012).

Considerando a estrutura familiar moderna e as novas exigências sociais, o idoso, na maior parte dos casos, terá que escolher a instituição, facto que nem sempre significa a solução de sucesso e garantia de bem-estar. A esta mudança associa-se a necessidade de um processo de adaptação para que os idosos beneficiem de uma velhice bem-sucedida (Lemos, 2006).

O recurso à institucionalização, por vezes, é a única forma de proporcionar apoio, garantindo níveis de bem-estar favoráveis a uma inserção socioeconómica e influenciar, deste modo, a qualidade de vida dos idosos que vivem sós (Amaro, 2013).

Uma das questões que se levanta quando se pensa na institucionalização do idoso é a adaptação, visto que a mesma implica um processo de adaptação e, sendo que a sua capacidade vai diminuindo com a idade, conclui-se que, as probabilidades de inaptações são cada vez maiores (Carvalho, 2011).

Os três mecanismos de adaptação são de natureza morfológica, fisiológica ou comportamental. As adaptações morfológicas advêm de alterações ecológicas e as adaptações fisiológicas correspondem a alterações de certas funções ou da atividade metabólica geral dos organismos. As adaptações morfológicas e fisiológicas constituem estratégias de tolerância aos fatores ambientais, atuando como processos reguladores. Uma outra estratégia de adaptação consiste em evitar as limitações do meio, por adaptação do ciclo de vida ou do comportamento (Oliveira, 2007).

O processo de institucionalização da pessoa idosa é sem dúvida um fator de stresse que propicia inúmeras alterações a nível psicossocial, ainda que o ambiente institucional tente oferecer uma base segura e adaptar-se às necessidades físicas e emocionais das pessoas idosas, deixando margem para que esta possa manifestar a sua própria personalidade (Cardão, 2009; Silva et al, 2011).

Os idosos institucionalizados necessitam de maior atenção, suporte e serviços especializados, pois a grande maioria é fragilizada e apresenta morbidades físicas e mentais (Carvalho, 2008).

O idoso independente, quando institucionalizado, pode desenvolver diferentes graus de dependência devido à sua dificuldade em aceitar e adaptar-se às novas condições de vida e à falta de motivação e de encorajamento que são comuns no ambiente institucional (Medeiros, 2012).

O idoso é confrontado com uma realidade completamente nova e com a qual pode não estar apto para lidar (Lemos, 2005). Segundo Santos, citado por Lemos (2005), quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso, uma vez que a institucionalização promove o isolamento social e a inatividade física.

iii. Qualidade de vida

Para Farenzena (2007) é impossível estudar o processo de envelhecimento sem abordar a qualidade de vida. A qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde, por este motivo tem sido utilizada por profissionais de saúde, investigadores, economistas, administradores e políticos (Campos e Neto, 2008).

Llobet et al. (2011) corroboram que o conceito de qualidade de vida tem evoluído. Inicialmente, possuía uma base materialista, em que era dada prioridade aos aspetos objetivos da vida, sendo que atualmente, os aspetos subjetivos são considerados essenciais.

Face ao envelhecimento da população, o grande desafio que se coloca aos profissionais de saúde é o de conseguir uma sobrevida maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor (Oliveira et al., 2010).

Além da relação entre qualidade de vida e saúde já descrita, Almeida, Gutierrez e Marques (2012) acrescentam que independentemente do conceito adotado e do instrumento utilizado sobre qualidade de vida, existe uma íntima relação entre esta, a

área da saúde e a prática de exercício físico. Oliveira et al. (2010) sugerem que a prática de exercício físico pode ajudar as pessoas a manterem o maior vigor possível, melhorar a função em diversas atividades, aumentando a qualidade de vida à medida que envelhecem.

O envelhecimento populacional requer medidas, iniciativas e intervenções, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos e assegurar a sua integração progressiva e equilibrada na sociedade. Com efeito, os idosos de hoje vivem mais tempo, mas é premente que vivam com qualidade, integrados na sociedade e na família, com garantias de meios de subsistência e apoios necessários. Ou seja, para criar medidas de intervenção para isso é necessário que os idosos deem vida aos anos e não apenas anos à vida (Paúl e Ribeiro, 2012).

Envelhecer com qualidade de vida implica que este processo seja vivido de forma dinâmica, aquilo que os gerontólogos designam por 'Envelhecimento Ativo', ou seja, o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que se envelhece (Schaie, 2001).

A OMS definiu qualidade de vida como, percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objetivos, expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação afetado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de independência e suas relações com características salientes do seu meio ambiente (OMS, 2002, p. 13).

A qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais, estão diretamente relacionadas com a atividade social, o convívio, o sentir-se integrado e útil na família e na comunidade (Carvalho e Dias, 2011).

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

De acordo com investigações com amostras portuguesas (Fonseca et al., 2005), as redes de suporte social não aparecem significativamente associadas à satisfação de vida dos

idosos, mas estão claramente associadas à qualidade de vida percebida no seu todo, reforçando os dados da literatura, onde os aspetos mais valorizados pelos idosos a residir na comunidade são ter boas relações com a família e os amigos, ter papéis sociais como o voluntariado e a ocupação de tempos livres (Martins, 2010).

Os instrumentos de qualidade de vida permitem explorar o efeito de uma doença sobre a vida do indivíduo, avaliando aspetos como as disfunções, desconfortos físicos e emocionais, contribuindo na decisão, planeamento e avaliação de determinados tipos de tratamentos (Leal, 2008).

Podem ser divididos em genéricos e específicos, sendo os genéricos multidimensionais, possibilitando a mensuração de diversos aspetos como capacidade funcional, aspetos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspetos sociais, emocionais e saúde mental. Geralmente são aplicados em vários tipos de doenças, intervenções médicas, tratamentos e em culturas e lugares diferentes (Aguar et al, 2008).

A qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional referenciada a critérios socio normativos e interpessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospetivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente. Ou seja a qualidade de vida na velhice depende de vários elementos que estão em constante interação ao longo da vida do indivíduo (Neri, 2000).

iv. Cuidados de Enfermagem em Geriatria

Como profissão, a Enfermagem centra-se no ato de cuidar e em gerontologia, ela tem como finalidade promover e manter a saúde, longevidade e autonomia do idoso, considerando-o uma pessoa singular, de estilos de vida únicos, com vontades próprias e capaz de deliberar (Berger e Mailloux-Poirier,1995).

Os cuidados de Enfermagem no idoso devem considerar dimensões biológicas, psicológicas, sociais, económicas, culturais e políticas do envelhecimento, proporcionando um leque de respostas adequadas às reais necessidades das pessoas

idosas, dando assim visibilidade aos cuidados, prestados em diferentes contextos, ou seja cuidados multidisciplinares e multidimensionais (Zimmerman,2000).

A enfermagem Gerontológica passou a ter claramente como objeto focal a pessoa idosa e o modo como ela responde ao seu processo de vida numa perspectiva de individuo com mais anos vividos, que detém projetos, mantem a saúde, reconhece o seu *empowerment* e ganhos no envelhecimento (Lopes, 2013).

A Gerontologia, segundo Netto citado por Freitas et al (2006), foi criada em 1903 por Elie Metchnikoff e define-se a partir das expressões gero (velhice) e logia (estudo). A Gerontologia tem como objeto de estudo integrado a pessoa idosa, as suas circunstâncias e representações, sendo, atualmente reconhecida como uma área interessante e atrativa para estudos futuros (Paúl e Ribeiro, 2012).

A promoção da saúde eficaz conduz a mudanças nos determinantes da saúde das populações (União Internacional da Promoção da Saúde e Educação em Saúde, 2005), desempenhando os enfermeiros, dos Cuidados de Saúde Primários, um papel fundamental (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Squire (2002), defende que as metas para a promoção da saúde das pessoas de idade avançada passam por as encorajar e as apoiar para que atinjam o seu potencial máximo e melhorem a sua saúde, se envolvam nas decisões que lhes dizem respeito, maximizem a capacidade funcional, com a máxima independência, adiem ou previnam as doenças e minimizem os efeitos das situações debilitantes.

Por tudo isto, a realização de diferentes atividades torna-se essencial, visto que conduz à participação do idoso, de forma a estimular, dialogar e permitir uma velhice mais digna, podendo contribuir para a prevenção de doenças, uma maior mobilidade, sensação de bem-estar físico e psicológico e conseqüente satisfação com a vida (Martins, 2010).

3. Objetivos do estudo

Após a questão de investigação surgem os objetivos da investigação. Estes representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação. (Ribeiro, 2010, p.34)

O objetivo vem determinar a maneira como o investigador obterá respostas às questões de investigação ou verificará hipóteses. (Fortin, 2009, p.160)

O objetivo geral desta investigação passa por identificar qual a perceção de qualidade de vida numa amostra de idosos institucionalizados do concelho de Viana do Castelo.

i. Objetivos Específicos

- Analisar a perceção de qualidade de vida a nível físico, numa amostra de idosos institucionalizados do concelho de Viana do Castelo.
- Analisar a perceção de qualidade de vida a nível psicológico, numa amostra de idosos institucionalizados do concelho de Viana do Castelo.
- Analisar a perceção de qualidade de vida a nível das relações sociais, numa amostra de idosos institucionalizados do concelho de Viana do Castelo.
- Analisar a perceção de qualidade de vida a nível do meio ambiente, numa amostra de idosos institucionalizados do concelho de Viana do Castelo.

II. Fase Metodológica

Passa-se à fase metodológica após ter sido feita a escolha do tema de estudo, de se ter formulado o problema de investigação, enunciado o objetivo, as questões de investigação ou as hipóteses (Fortin, 2009, p. 207).

A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses (Fortin, 2009, p. 53).

A fase metodológica reveste-se de um caráter concreto, pois comporta a escolha do desenho apropriado ao problema de investigação, o recrutamento dos participantes e a utilização de instrumentos de medida fiéis e válidos, a fim de assegurar a credibilidade dos resultados (Fortin, 2009, p.207).

A fase metodológica tem por objetivo precisar a maneira como a questão de investigação será integrada num desenho, que indicará as atividades a realizar no decurso da investigação (Fortin, 2009, p. 214).

1. Desenho de investigação

O desenho define-se como o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos (Fortin,2009,p.214).

i. Tipo de estudo

O tipo de estudo presente neste trabalho de investigação é quantitativo do tipo descritivo simples segundo Fortin (2009). Esta autora considera que o estudo descritivo visam obter mais informações sobre as características de uma população ou sobre fenómenos pouco estudados e sobre os quais existem poucos trabalhos de investigação.

A questão quantitativa examina conceitos precisos e as suas relações são mútuas, com vista a uma eventual verificação da teoria e da generalização dos resultados (Fortin, 2009,p.37).

ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem

A população define-se como um conjunto de elementos que têm características comuns. O que se visa obter, é que todos os elementos apresentem as mesmas características (Fortin, 2009, p. 311).

Para Fortin, (2009, p.311), a população é um conjunto de pessoas, de escolas, de cidades, etc.

Segundo Hulley (2008, p.43), População é um conjunto completo de pessoas que apresentam um determinado conjunto de características.

A população escolhida para a elaboração do projeto de graduação foram os idosos institucionalizados de uma freguesia do Concelho de Viana do Castelo.

Para Hulley (2008, p.43), a Amostra é um subconjunto da população.

A amostra é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população (Fortin, 2009, p.312).

A amostra deste estudo é constituída por trinta idosos do Centro Paroquial e Social Riba Lima, situado numa freguesia do concelho de Viana do Castelo.

O processo de amostragem é não probabilístico do tipo acidental.

Segundo Ribeiro (2010, p.42), é uma amostra não probabilista, porque a probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecido. Amostras

acidentais são amostras simples constituídas por indivíduos que acidentalmente participaram no estudo.

iii. Variáveis em estudo

As variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo (Fortin, 2009, p. 171).

De acordo com Hulley (2006, p.283), nos formulários de colheita de dados, cada variável deve receber um nome. O nome dessa variável será posteriormente usado para identifica-la na base de dados e nas análises.

As variáveis podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação. As variáveis atributo são características pré-existentes dos participantes num estudo. Elas são geralmente constituídas por dados demográficos tais como idade, o género, a situação de família. Os dados demográficos são analisados no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra (Fortin, 2009, p.272).

As variáveis atributo do estudo são o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias e a profissão atual.

As variáveis de investigação são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas. Não há variáveis independentes a manipular nem relações de causa e efeito a examinar. Fortin (2009, p.171)

As variáveis em estudo são o idoso institucionalizado e a qualidade de vida.

Relativamente aos critérios de inclusão, tem como objetivo descrever as características necessárias ao sujeito para ser incluído na pesquisa (Sales, 2010). Para este estudo é um dos critérios é apresentar mais de 65 anos de idade e estar institucionalizado.

iv. Instrumento de recolha de dados

Fortin (2009, p.368), considera que a escolha do método de colheita dos dados depende do nível de investigação, do tipo de fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis.

Segundo o mesmo autor, no momento da escolha do método de colheita de dados é preciso procurar um instrumento de medida que esteja em concordância com as definições conceituais das variáveis que fazem parte do quadro conceitual ou teórico.

O instrumento de colheita de dados escolhido para a realização deste estudo foi um questionário de aplicação direta acordo com a escala da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, tendo sido anteriormente autorizado pela organização.

A carência de ferramentas que avaliassem a qualidade de vida na perspectiva transcultural levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 90 a criação do instrumento WHOQOL-100. A versão em português foi realizada por Fleck (Fleck, 1999). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1994) e Fleck et al (2000) e, considerando a versão portuguesa do instrumento de avaliação WHOQOL-Bref, verifica-se que a base da qualidade de vida, está assente na conjunção dos domínios fundamentais, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

A necessidade de dispor de um instrumento de avaliação de qualidade de vida de fácil aplicação e cujo preenchimento ocupasse pouco tempo, conduziu o Grupo de Qualidade de Vida da OMS ao desenvolvimento de uma versão breve do WHOQOL-100: o WHOQOL-Bref. Este instrumento é constituído por 26 perguntas e está organizado em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente (Adriano Serra et al,2006).

Os critérios de seleção de perguntas que constituiriam a versão breve do WHOQOL-100 foram simultaneamente conceptuais e psicométricos. Em primeiro lugar, cumprindo o objetivo de preservar o carácter abrangente do instrumento original e, em segundo, seleccionando as perguntas que melhor representassem a faceta em questão. Neste sentido, os itens que compõem o WHOQOL-BREF foram seleccionados tendo em conta a sua capacidade de explicar uma proporção substancial da variância dentro da faceta e domínio que integravam, a sua relação com o modelo geral de qualidade de vida e a sua capacidade discriminativa (WHOQOL Group, 1998).

O WHOQOL-BREF é constituído por 26 perguntas, sendo duas mais gerais, relativas à percepção geral de qualidade de vida e à percepção geral de saúde, e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original. Neste sentido, enquanto na versão longa do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS cada uma das facetas é avaliada por 4 perguntas, no WHOQOL-BREF cada uma das 24 facetas é avaliada por apenas uma pergunta (WHOQOL Group, 1998).

Desta forma, este instrumento conserva as 24 facetas do WHOQOL-100 e mantém a essência subjetiva e multidimensional do conceito de qualidade de vida. O WHOQOL-BREF está organizado em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O domínio um, ou seja, o domínio físico avalia a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida diária, dependência de medicação ou tratamentos e a capacidade de trabalho. A este domínio corresponde à questão 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18. O nível psicológico avalia, sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/Religião/Crenças pessoais. Este domínio é composto pelas questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26. O domínio das relações pessoais avalia as relações pessoais, o apoio social e a atividade sexual. É composto por três itens, tais como a questão 20, 21 e 22. Por último o domínio do meio ambiente dá ênfase à segurança física, ao ambiente no lar, aos recursos económicos, aos cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, às oportunidades para adquirir novas informações e competências, à participação e/ou oportunidades de recreio e lazer, ao ambiente físico (poluição/barulho/ trânsito/clima) e aos transportes. Este último domínio é composto por oito itens, sendo as questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 (WHOQOL Group, 1998).

v. Tratamento e apresentação dos dados

Considerando-se o nível de análise estatística que se pretendia a análise e tratamento dos dados foi efetuada recorrendo ao uso do SPSS, versão 22, tendo-se optado pela apresentação dos dados através de gráficos e tabelas para facilitar a interpretação dos mesmos. Recorreu-se a estatística descritiva (média, moda e mediana, desvio padrão, variância) e análise de frequências.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

De forma a respeitar a população que participa no estudo este é regido por um código ético.

Hulley estabelece três princípios éticos norteiam as pesquisas com seres humanos. O princípio do respeito à pessoa, o princípio da beneficência, e o princípio da justiça (Hulley, 2008, p.243).

O princípio do respeito a pessoa exige que os investigadores obtenham o consentimento informado, protejam aqueles participantes com capacidade decisória reduzida e mantenham a confidencialidade. Segundo esse princípio, os participantes de pesquisas não são fontes passivas de dados, mas indivíduos cujos direitos e bem-estar devem ser preservados (Hulley, 2008, p.243).

De forma a se cumprirem os mesmos princípios enunciados por Hulley, foi entregue uma declaração de consentimento informado a todos os participantes no estudo onde esclarecia o objetivo principal da investigação e a sua finalidade. Esta declaração foi construída com linguagem simples de fácil interpretação e compreensão, sendo que era lida pelos participantes, ou no caso de não saberem ler, lida pela aluna, antes de participarem no preenchimento do questionário.

O princípio da beneficência exige que o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos considerando-se os prováveis benefícios. Os riscos inerentes aos participantes incluem não somente danos físicos, mas também psicológicos tais como quebra de confidencialidade, estigmatização e discriminação (Hulley, 2008, p.243).

Relativamente a este princípio, garantiu-se que os participantes não corressem qualquer tipo de risco ao participarem no preenchimento dos mesmos. Foi entregue um questionário de acordo com a escala da qualidade de vida da OMS, sendo autorizada pela mesma para a sua utilização.

O princípio da justiça requer que os benefícios e os ônus de pesquisa sejam distribuídos de forma justa. Grupos vulneráveis, como aqueles com acesso reduzido aos serviços, com poder decisório limitado ou indivíduos institucionalizados, não possuem capacidade de decidir livremente se querem ou não participar de uma pesquisa. Tais pessoas podem ser atrativas especialmente quando o acesso e o acompanhamento são

convenientes. No entanto grupos vulneráveis como esses não devem ser alvos de pesquisa quando outros grupos populacionais também forem apropriados à questão de pesquisa. O princípio de justiça também exige acesso equitativo aos benefícios da pesquisa. É importante ter isso em mente, pois tradicionalmente a pesquisa clínica tem sido considerada arriscada, e os seus participantes, vistos como cobaias que necessitam de proteção contra intervenções perigosas de pouco ou nenhum benefício (Hulley, 2008, p.244).

No que diz respeito ao princípio da justiça foi transmitido a todos os participantes no estudo a finalidade do estudo, do questionário e da colheita dos respectivos dados. Ao longo da colheita de dados foram retiradas todas as dúvidas que os participantes apresentavam.

III. Fase Empírica

A fase empírica corresponde à colheita dos dados no terreno, à sua organização e à sua análise estatística. A fase empírica é a da realização da investigação; ela comporta duas operações: a colheita de dados e a sua análise (Fortin, 2009, p.57).

Segundo a autora, os dados são os elementos de informação colhidos junto dos participantes. Uma vez colhidos os dados, é preciso organiza-los tendo em vista a sua análise. Recorre-se a técnicas estatísticas para descrever a amostra, assim como as diferentes variáveis.

1. Apresentação dos dados, análise e interpretação e discussão de resultados

Dado que estas variáveis pretendem caracterizar o grupo em estudo foram selecionadas as variáveis relativas aos dados pessoais como: idade, género, estado civil, habilitações literárias, profissão atual de cada elemento da amostra.

i. Caracterização sociodemográfica

Idade						
Média	Mediana	Moda	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão	Variância
79	81	82	94	65	8,14	66

Tabela nº1: Idade

No que toca a idade a amostra é compreendida entre os 65 e 94 anos de idade. A média de idades é de 79 anos, constituída maioritariamente por idosos de 82 anos de idade.

Como mediana temos idosos de 81 anos de idade. O desvio padrão desta amostra é de 8,14 e a variância de 66 anos.

Género	Frequência	Percentagem
Masculino	13	43%
Feminino	17	57%
Total	30	100%

Tabela nº2: Género

Analisando a tabela nº2, pode-se verificar que a amostra é constituída por 30 elementos sendo estes, 57 % da amostra corresponde a indivíduos do sexo feminino (n= 17) e 43% da amostra corresponde a indivíduos do sexo masculino (n=13).

Escolaridade	Frequência	Percentagem
Não sabe ler nem escrever	2	7%
Sabe ler e/ou escrever	2	7%
1º-4º Ano	21	70%
5º-6º Ano	5	17%
Total	30	100%

Tabela nº3: Habilitações Literárias

Pela análise da tabela acima representada conclui-se que 70% da amostra corresponde a elementos que apresentam como habilitações literárias, até ao 4º ano de escolaridade (n=21), seguindo-se 17% da amostra correspondendo a elementos do 5º ao 6º ano de escolaridade (n=5). Com 7% da amostra correspondem elementos que não sabem ler nem escrever (n= 2) e outros 7% a elementos que sabem ler e escrever (n=2).

Estado Civil	Frequência	Porcentagem
Solteiro(a)	6	20%
Casado(a)	9	30%
Separado(a) /Divorciado(a)	4	13%
Viúvo(a)	11	37%
Total	30	100%

Tabela nº 4: Estado Civil

Após a observação da tabela nº4 constata-se que relativamente ao estado civil, 37% da amostra é constituída maioritariamente por indivíduos que se encontram viúvos (n=11), seguindo-se a 30% da amostra, os indivíduos que se encontram casados (n= 9). Com 20% da amostra encontram-se elementos solteiros (n=6) e com os restantes 13% da amostra elementos que se encontram separados/divorciados (n=4).

Profissão		
Reformado	Frequência	Porcentagem
	30	100%

Tabela nº5: Profissão atual

Após a análise da tabela acima representada verifica-se que a amostra é constituída por idosos que se encontram na reforma, constituindo a 100% da amostra.

ii. Apresentação das variáveis em estudo

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de pessoas. Como variáveis em estudo foram obtidas através da aplicação de um questionário de acordo com a Escala da Qualidade de Vida da OMS.

	Domínio 1	Domínio 2	Domínio 3	Domínio 4
Média	62%	67%	74%	67%
Moda	43%	75%	83%	72%
Mediana	61%	69%	75%	68%

Tabela nº6: Avaliação da qualidade de vida geral

De acordo com os estudos psicométricos da OMS, a atribuição de qualidade de vida é realizada através da escala, estando entre os valores de 0 a 100%, ou seja, quanto mais próximo de 100% maior será a qualidade de vida.

Após analisar a tabela acima verifica-se que o domínio com maior percepção de qualidade de vida é o domínio três, isto é, o domínio das relações pessoas, pois apresenta uma percentagem de 74%.

Relativamente ao domínio 1, o domínio físico, os indivíduos apresentam uma percepção de qualidade de vida na ordem dos 62%, tendo como moda uma percentagem de 43% da amostra e como mediana 61% da amostra. Em relação ao domínio 2, o domínio psicológico, os indivíduos apresentam uma percepção de qualidade de vida de 67%, tendo como moda uma percentagem de 75% da amostra e uma mediana de 69% da amostra. Relativo ao domínio 3, o domínio das relações pessoais, os elementos do estudo apresentam 83% da amostra para a moda e para a mediana uma percentagem de 75% da amostra. Por último, o domínio 4, domínio do meio ambiente, os indivíduos apresentam uma percepção de qualidade de vida na ordem dos 67%, e como moda têm uma percentagem de 72% da amostra e como mediana 68% da amostra.

Conclusão

O objetivo Geral desta investigação é identificar qual a percepção de qualidade de vida no idoso institucionalizado no Centro Paroquial e Social Riba Lima, localizado numa freguesia do concelho de Viana do Castelo.

Durante a elaboração deste projeto de graduação, muitas informações revelaram que a institucionalização continua a ser um assunto sensível, complexo, porém cada vez mais frequente.

Como já foi referido anteriormente, segundo a OMS, a avaliação da qualidade de vida é realizada através de uma escala que está entre 0 e 100%. Após a análise e discussão dos resultados do mesmo pode-se concluir que os indivíduos apresentam uma percepção de qualidade de vida na ordem dos 62% aos 74%, ou seja uma percepção de qualidade de vida acima dos 50%. Estes dados dizem respeito a esta amostra e não poderão ser feitas inferências para a população em geral.

Como sugestões, apresentar estes dados na instituição onde foi realizada a colheita de dados, realizar uma nova investigação utilizando uma amostra com maior número de inquiridos.

A concretização do presente projeto de graduação foi muito benéfica pois permitiu um aprofundamento de conhecimentos teóricos e desenvolvimento de competências de investigação.

Para terminar, a investigação nesta área de estudo permitiu manter a atualização da informação acerca do assunto tendo como finalidade a consciencialização para esta problemática.

Enquanto futura enfermeira penso que se deve valorizar ainda mais o papel dos enfermeiros nas instituições, pois a presença dos mesmos em lares ajuda na promoção da saúde e prevenção da doença, aumentando assim a qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- Amaro, Maria (2013). *A Transformação da Identidade em Idosos Institucionalizados – Um Estudo de Casos Múltiplos* [Em linha]. Disponível em <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8384/1/A%20Transforma%C3%A7%C3%A3o%20da%20Identidade%20em%20Idosos%20Institucionalizados.pdf>>. [consultado em 06/06/2017];
- Aguiar (2008) Assessment Instruments for a Health-related Quality of Life in Diabetes Mellitus. Arq bras endocrinol metabol.
- Berger, & Mailloux-Poirer (1995). *Pessoas idosas*. Loures: Lusociência 2002.
- Brunner, L. & Suddart, D. (2012) *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro, Guanabara koogan, 12ª Edição, Volume 4.
- Camejo, Maria (2013). *Institucionalização: O fim da linha?* [Em linha] Disponível em <file:///C:/Users/Márcia%20Castro/Desktop/monografia/doença%20na%20familia/Dissertação.pdf> [Consultado em 05/06/2017].
- Cardão, Sandra (2009). *O Idoso Institucionalizado*. 1ª Edição. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carvalho, M. e Dias, M. (2011). *Adaptação dos idosos institucionalizados*. Millennium. [Em linha] Disponível em <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/12.pdf>> [Consultado em 05/06/2017].
- Carvalho, Maitê (2008). *Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados* [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600032> [Consultado em 06/06/2017].

- Coutinho (2014) *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas Teoria e Prática (2ªed.)*. Coimbra, Almedina.
- Direção Geral de Saúde (2004) [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/>> [Consultado em 17/08/2016].
- Farenzena, Walesca (2000). *Qualidade de vida em grupos de idosos de Veranópolis*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Ferreira, Anna (2009). *A Qualidade de Vida em Idosos em Diferentes Contextos Habitacionais: A Perspetiva do Próprio e do Seu Cuidador*. Universidade de Lisboa.
- Fontaine, Roger (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Climepsi Editores.
- Fonseca (2004) - *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusociência.
- Galvão, C. (2006). *O Envelhecimento e Cuidados Geriátricos*. Revista Portuguesa de Clínica Geral.
- Instituto nacional da estatística [Em linha]. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt [Consultado em 06/06/2017].
- Jacob, L, Fernandes, L (2011). *Ideias para o envelhecimento ativo*. Almeirim, Edição Rutis.
- Lakatos E.M & Marconi, M.A. (2007). *Técnicas de Pesquisa (6ªed.)* São Paulo: Atlas.

- Leal (2008), *Reavaliando o conceito da qualidade de vida*. Universidade dos Açores.
- Lemos (2006). Adaptação à velhice: consequências na realização do idoso. Curso de Psicologia da PUC. Minas Gerais: Unidade Coração Eucarístico. Disponível em: <<http://www.nelydecastro.com.br/publicacao/artigos/Adapta%E7%E3o%20%E0%20Velhice%20Conseq%FC%EAncias%20na%20Realiza%E7%E3o%20do%20Idoso.pdf>> [Consultado em 06/06/2017].
- Loblet, Montserrat (2011). Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 Years Old or Older Cared for by a Home Health Care Programa. Disponível em <URL:[http:// www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/04](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/04)> [Consultado em 06/06/2017].
- Manual de elaboração de trabalhos científicos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ufp.pt/docs/Manual-Estilo-Elabora%C3%A7%C3%A3o-trabalhos-cient%C3%ADficos.pdf>>. [Consultado em 1/05/2017].
- Martins, (2010). *Os idosos e as atividades de lazer*. In: Milleninum, n.º 38. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Medeiros, Paulo (2012). *Como estaremos na velhice? Reflexos sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização*. Polémica. Vol.11.
- Neri, A. L. (2000). *Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário*. In: Gerontológico.
- Organização Mundial de Saúde (2002) [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/eportuguese/countries/prt/pt/>> [Consultado em 18/08/2016].
- Oliveira, L. (Dir.) (2007). *Enciclopédia Larousse. Temas e Debates*. Porto: Círculo de Leitores.

- Paúl, C., Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia: aspetos bio comportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa, Lidel.
- Pordata: Base de dados Portugal contemporânea [Em linha]. Disponível em <http://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento+segundo+os+Censos-348> [Consultado em 06/06/2017].
- Ribeiro, A. (2012). Solidão e Qualidade de Vida em Idosos. [Em linha]. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3658/3/PG_AnaRibeiro.pdf. [Consultado em 06/06/2017].
- Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia De Investigação em psicologia e saúde (1ª ed.)*. Porto: Livpsic.
- Ribeiro, O., Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa, Lidel.
- Rolland, J. S. (2005). *Cancer and the family: An integrative model*.
- Hulley S.B.& Cummings S.R.& Browner W.S.& Grady D.G. & Newman T.B. (2008) *Delineando a Pesquisa Clínica uma abordagem epidemiológica*. São Paulo. Artmed.
- Sales, Célia (2010). Investigação por inquérito da população à amostra. [Em linha]. Disponível em <https://pt.slideshare.net/celiamdsales/da-populacao-a-amostra> [Consultado em 07/06/2017].
- Silva, H., & Gutierrez, B. (2012). *Cuidados de longa duração na velhice: desafio para o cuidado centrado no indivíduo. A Terceira Idade*.
- Schaie, K. (2001). *Internacional Encyclopedia of the social ev behavioral sciences*. Elsevier Science, Ltd.

- Squire A (2002). *A saúde e bem-estar para pessoas idosas- fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Sousa, L. (2006). *Envelhecer em família*. Porto: Ambar.
- Viegas, S. d., & Gomes, C. A. (2007). *A identidade na velhice* (1ª ed.). Porto: Ambar.
- Yamada, Yukari. (2012). *Formal home help services and institutionalization*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
- Zirmerman, G. (2000). *Velhice – Aspectos Biopsicossocias*. São Paulo, Artmed.

ANEXOS

ANEXO I: Consentimento Informado e Esclarecido

Consentimento informado e esclarecido

Título do projeto: Qualidade de vida no Idoso Institucionalizado

Investigador: Márcia da Rocha e Castro

Márcia da Rocha e Castro, aluna do 4º ano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, vem pedir a sua colaboração num estudo com o tema “Qualidade de vida no Idoso Institucionalizado”

Este estudo tem como objetivos:

- 1) Identificar qual a perceção de qualidade de vida no Idoso institucionalizado;

Este questionário é anónimo e confidencial, pelo que se solicita que não se identifique em nenhuma parte do mesmo.

No mesmo não existem respostas certas ou erradas, pelo que deverá preencher o questionário de acordo com a sua opinião.

Para cada questão só poderá escolher uma opção. Não deverá deixar qualquer por responder.

Tempo aproximado de preenchimento: 15 minutos.

Muito obrigada pela sua colaboração.

A Aluna:

(Márcia da Rocha e Castro)

ANEXO II- Autorização da aplicação

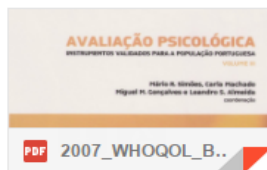
Na sequência do pedido efectuado, em anexo, envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

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

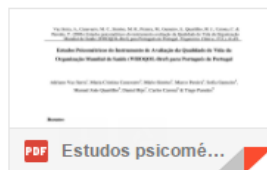
Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

Atenciosamente,
Cláudia Melo.

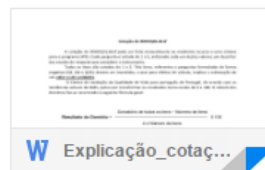
5 Anexos



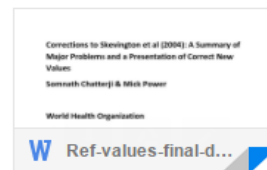
PDF 2007_WHOQOL_B..



PDF Estudos psicomé...



W Explicação_cotaç...



W Ref-values-final-d...

ANEXO III- Questionário

Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?		
	Frequência	Percentagem
Nada	1	3,3
Pouco	2	6,7
Moderadamente	5	16,7
Bastante	18	60
Completamente	4	13,3
Total	30	100

Tabela nº6: Questão nº1 do questionário

Como avalia a sua qualidade de vida?		
	Frequência	Percentagem
Muito Má	1	3,3
Má	3	10
Nem Boa Nem Má	12	40
Boa	14	46,7
Total	30	100

Tabela nº7: Questão nº2 do questionário

Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?		
	Frequência	Percentagem
Muito Insatisfeito	1	3,3
Insatisfeito	5	16,7
Nem satisfeito nem insatisfeito	8	26,7
Satisfeito	11	36,7
Muito satisfeito	5	16,7
Total	30	100

Tabela nº8: Questão nº3 do questionário

Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa de fazer?		
	Frequência	Percentagem
Nada	5	16,7
Pouco	3	10
Nem muito nem pouco	11	36,7
Muito	11	36,7
Total	30	100

Tabela nº9: Questão nº4 do questionário

Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?		
	Frequência	Percentagem
Nada	6	20
Pouco	3	10
Nem muito nem pouco	5	16,7
Muito	14	46,7
Muitíssimo	2	6,7
Total	30	100

Tabela nº10: Questão nº5 do questionário

Até que ponto se consegue concentrar?		
	Frequência	Percentagem
Nada	1	3,3
Pouco	2	6,7
Nem muito nem pouco	9	30
Muito	12	40
Muitíssimo	6	20
Total	30	100

Tabela nº11: Questão nº6 do questionário

Até que ponto gosta da vida?		
	Frequência	Percentagem
Pouco	2	6,7
Nem muito nem pouco	8	26,7
Muito	12	40
Muitíssimo	8	26,7
Total	30	100

Tabela nº12: Questão nº7 do questionário

Em que medida sente que a sua vida tem sentido?		
	Frequência	Percentagem
Pouco	2	6,7
Nem muito nem pouco	5	16,7
Muito	16	53,3
Muitíssimo	7	23,3
Total	30	100

Tabela nº13: Questão nº8 do questionário

Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?		
	Frequência	Percentagem
Pouco	2	6,7
Nem muito nem pouco	5	16,7
Muito	19	63,3
Muitíssimo	4	13,3
Total	30	100

Tabela nº14: Questão nº9 do questionário

Em que medida é saudável o seu ambiente físico?		
	Frequência	Percentagem
Pouco	1	3,3
Nem muito nem pouco	5	16,7
Muito	18	60
Muitíssimo	6	20
Total	30	100

Tabela nº15: Questão nº10 do questionário

Tem energia suficiente para a sua vida diária?		
	Frequência	Percentagem
Nada	1	3,3
Pouco	6	20
Moderadamente	11	36,7
Bastante	5	16,7
Completamente	7	23,3
Total	30	100

Tabela nº15: Questão nº10 do questionário

É capaz de aceitar a sua aparência física?		
	Frequência	Percentagem
Nada	1	3,3
Pouco	1	3,3
Moderadamente	10	33,3
Bastante	13	43,3
Completamente	5	16,7
Total	30	100

Tabela nº16: Questão nº11 do questionário

Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?		
	Frequência	Percentagem
Pouco	7	23,3
Moderadamente	12	40
Bastante	8	26,7
Completamente	3	10
Total	30	100

Tabela nº17: Questão nº12 do questionário

Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?		
	Frequência	Porcentagem
Pouco	2	6,7
Moderadamente	17	56,7
Bastante	11	36,7
Total	30	100

Tabela nº18: Questão nº13 do questionário

Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?		
	Frequência	Porcentagem
Pouco	11	36,7
Moderadamente	9	30,0
Bastante	6	20,0
Completamente	4	13,3
Total	30	100,0

Tabela nº19: Questão nº14 do questionário

Como avaliaria a sua mobilidade?		
	Frequência	Porcentagem
Muito Má	1	3,3
Má	7	23,3
Nem Boa Nem Má	6	20,0
Boa	8	26,7
Muito Boa	8	26,7
Total	30	100,0

Tabela nº20: Questão nº15 do questionário

Até que ponto que está satisfeito(a) com o seu sono?		
	Frequência	Porcentagem
Insatisfeito	4	13,3
Nem satisfeito nem insatisfeito	8	26,7
Satisfeito	12	40,0
Muito satisfeito	6	20,0
Total	30	100,0

Tabela nº21: Questão nº16 do questionário

Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?		
	Frequência	Porcentagem
Insatisfeito	4	13,3
Nem satisfeito nem insatisfeito	5	16,7
Satisfeito	13	43,3
Muito satisfeito	8	26,7
Total	30	100,0

Tabela nº22: Questão nº17 do questionário

Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?		
	Frequência	Porcentagem
Insatisfeito	4	13,3
Nem satisfeito nem insatisfeito	6	20,0
Satisfeito	14	46,7
Muito satisfeito	6	20,0
Total	30	100,0

Tabela nº23: Questão nº18 do questionário

Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?		
	Frequência	Porcentagem
Insatisfeito	2	6,7
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	6,7
Satisfeito	17	56,7
Muito satisfeito	9	30,0
Total	30	100,0

Tabela nº24: Questão nº19 do questionário

Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?		
	Frequência	Porcentagem
Nem satisfeito nem insatisfeito	3	10,0
Satisfeito	11	36,7
Muito satisfeito	16	53,3
Total	30	100,0

Tabela nº25: Questão nº20 do questionário

Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?		
	Frequência	Porcentagem
Muito Insatisfeito	1	3,3
Insatisfeito	3	10,0
Nem satisfeito nem insatisfeito	18	60,0
Satisfeito	8	26,7
Total	30	100,0

Tabela nº26: Questão nº21 do questionário

Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?		
	Frequência	Porcentagem
Nem satisfeito nem insatisfeito	3	10,0
Satisfeito	12	40,0
Muito satisfeito	15	50,0
Total	30	100,0

Tabela nº27: Questão nº22 do questionário

Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?		
	Frequência	Porcentagem
Insatisfeito	1	3,3
Nem satisfeito nem insatisfeito	1	3,3
Satisfeito	13	43,3
Muito satisfeito	15	50,0
Total	30	100,0

Tabela nº28: Questão nº23 do questionário

Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?		
	Frequência	Porcentagem
Insatisfeito	3	10,0
Nem satisfeito nem insatisfeito	7	23,3
Satisfeito	18	60,0
Muito satisfeito	2	6,7
Total	30	100,0

Tabela nº29: Questão nº24 do questionário

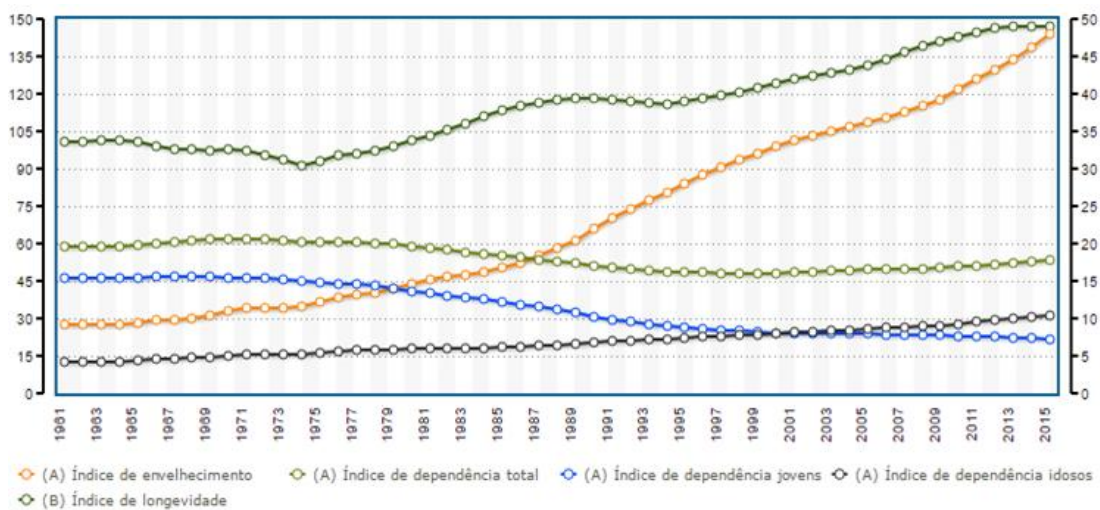
Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?		
	Frequência	Porcentagem
Insatisfeito	1	3,3
Nem satisfeito nem insatisfeito	5	16,7
Satisfeito	17	56,7
Muito satisfeito	7	23,3
Total	30	100,0

Tabela nº30: Questão nº25 do questionário

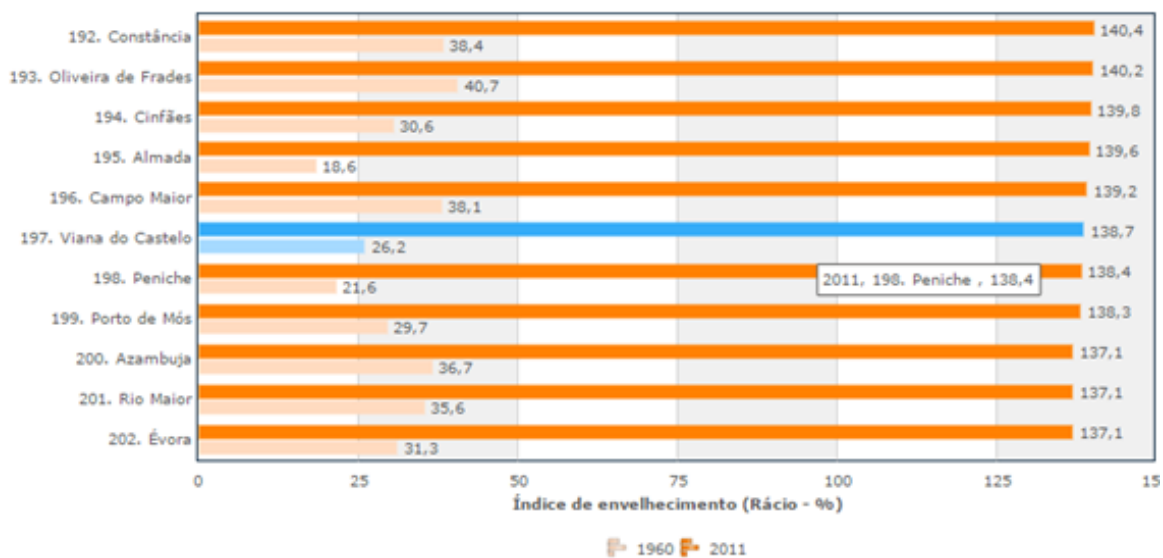
Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão.		
	Frequência	Porcentagem
Poucas vezes	6	20,0
Algumas vezes	14	46,7
Frequentemente	10	33,3
Total	30	100,0

Tabela nº31: questão 26 do questionário

ANEXO IV: Estadísticas



Índice do Envelhecimento em Portugal- Fonte: INE - censos 2016



Índice do Envelhecimento em Viana do Castelo Fonte: INE - censos 2016

