

# **Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo**

**Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Gestão de Unidades de Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professora Doutora Anabela Antunes de Almeida

**abril de 2020**



# **Dedicatória**

Aos meus pais, Carlos e Maria Adelaida e aos meus irmãos, Aida e Roberto, por desbravarem caminhos obscuros apaziguando as minhas incertezas.



## **Agradecimentos**

Esta meta não poderia ser disfrutada, sem a ação de todos os intervenientes com os quais contactei durante esta caminhada. Obrigada, por me mostrarem que a dedicação vale a pena e que a aprendizagem não é um esforço, mas um contentamento. Obrigada, por me fazerem sentir uma pessoa com valor e me auxiliarem a descobrir como fazer o melhor, em todos os momentos, inclusive nos mais tortuosos. Obrigada, por destruírem a fobia do desconhecido, proporcionando-me a plena compreensão de todos os factos. Obrigada, por me auxiliarem a resolver o que acreditava ser complexo e inatingível. Obrigada, por me mostrarem que sou melhor do que acreditava. Obrigada, pela dedicação e disponibilidade. Em especial, obrigada à Professora Doutora Anabela Antunes de Almeida, orientadora científica; à minha família; a todos os idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo; e aos Senhores Presidentes das Instituições Particulares de Solidariedade Social de Figueira de Castelo Rodrigo e respetivas equipas técnicas. A todos, o meu bem-haja.



# Resumo

**Introdução:** O envelhecimento demográfico apresenta-se como uma realidade inevitável, fruto de uma maior longevidade, à qual se coligam índices de dependência, em função do agravamento da morbilidade adquirida previamente e da maior vulnerabilidade do idoso. A percentagem de idosos está a aumentar a nível europeu, prevendo-se que esta tendência se mantenha nas próximas décadas. Salienta que em Portugal, o envelhecimento demográfico mantenha a tendência ascendente, o que corrobora com as projeções europeias. O envelhecimento representa o conjunto de modificações que ocorrem durante a progressão da idade, constituindo-se com um processo fisiológico, inverso ao do desenvolvimento, no qual se verifica a redução progressiva das capacidades do Ser Humano, repercutindo-se a nível biopsicossocial. A ele se associa o aumento da probabilidade de multipatologias e consequente nível de dependência, o que prioriza a necessidade de cuidados ao idoso, com o intuito de lhe assegurar Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS). Porém, a rede de cuidados informal maioritariamente assume-se como insuficiente na edificação de uma resposta, o que remete para a necessidade de envergar pela seleção de opções formais, que implicam a institucionalização do idoso, o que justifica a atual expansão deste mercado, assegurado maioritariamente pela intervenção social. Face à atualidade desta problemática, a adequabilidade da sua resposta é um ponto fulcral, passível de operacionalização através da avaliação da perceção da QVRS, por parte dos seus beneficiários.

**Objetivo:** Avaliar a perceção da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo.

**Método:** Estudo quantitativo, não experimental, descritivo-correlacional e transversal implementado mediante aplicação de questionários, sob entrevista, aos idosos institucionalizados nas onze Instituições Particulares de Solidariedade Social de apoio ao idoso do concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, resultante de uma fusão entre um questionário sociodemográfico e o questionário do estado de saúde - *36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36), versão portuguesa. O questionário em ênfase foi aplicado seletivamente aos idosos com idade igual ou superior a 65 anos e sem diagnóstico clínico de deterioração cognitiva ou Demência, no período compreendido entre 19 de agosto e 4 de outubro de 2019, após o pedido de autorização formal à direção das Instituições Particulares de Solidariedade Social e obtenção do consentimento livre, informado e esclarecido dos participantes.

**Resultados:** O emprego dos critérios definidos para a conceção da população-alvo permitiu a aplicação do questionário a 191 idosos, com idades entre os 65 e os 99 anos (média de 83,59 anos), 112 do género feminino e 79 do masculino, maioritariamente com o estado civil conducente à viuvez, provenientes de meio rural, com o 4.º ano de escolaridade e uma

profissão na vida ativa associada ao setor primário usufruem da tipologia formal Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (62,8%), sendo que a responsabilidade pela sua opção advém da rede familiar, em concreto do(a)(s) filho(a)(s), motivada por problemas de saúde. Aquando em usufruto de respostas formais não residenciais – Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário – em termos de coabitação, os idosos maioritariamente habitam sozinhos. Os idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo recebem visitas dos filho(a)(s) e/ou familiares ocasionalmente. Relativamente ao quotidiano lúdico, participam nas atividades promovidas pela instituição de apoio ao idoso na qual se inserem diariamente, destacando-se como atividades lúdicas de eleição as manuais. Demarca-se que a população-alvo apresenta uma perceção alta relativamente à sua QVRS. Atendendo às oito dimensões que compõe a QVRS, discrimina-se em similaridade, que a perceção é alta em todas as dimensões, à exceção da dimensão Saúde em Geral. Porém, e colocando ênfase no contexto institucional, destaca-se que a QVRS é predominantemente percecionada como alta quando os idosos usufruem da resposta formal Estrutura Residencial para Pessoas Idosas. As características sociodemográficas e a tipologia de resposta formal, enquanto elementos integrantes do contexto, influenciam, à luz da Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, a perceção que o idoso possui da sua QVRS. À mercê empírica verifica-se que as variáveis sociodemográficas género, responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal e frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso apresentam uma forte relação com a QVRS. Porém, da análise entre a QVRS e a variável independente - tipologia de resposta formal, verifica-se a existência de uma fraca relação.

**Conclusões:** O conhecimento da perceção da QVRS constitui-se como um instrumento auxiliar em processos de decisão, na gestão de uma instituição de apoio ao idoso, potenciando a adequação e qualidade das respostas formais às necessidades emergentes, potenciando, em simultâneo, benefícios na intervenção clínica ao idoso, assim como na sustentabilidade da instituição de apoio ao idoso, mediante o adequar da ação futura.

## **Palavras-chave**

Gestão;institucionalização;idoso;Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.



# Abstract

**Introduction:** The demographic aging presents itself as an inevitable reality, as a result of a greater longevity and which is linked to dependency rates, due to the worsening of previously acquired morbidity and the greater vulnerability of the elderly. The percentage of elderly people is increasing through Europe, and this trend is expected to continue in the coming decades. Accentuate that in Portugal, demographic aging maintains an upward trend which corroborates with European surveys. Aging represents the set of changes that occur during the progression of time, constituting a physiological process, opposite to that of development, in which there is a progressive reduction in the capacities of the Human Being with repercussions at the biopsychosocial level. It is associated with the increased probability of multipathologies and the consequent level of dependence, which prioritizes the need for care for the elderly in order to ensure the Health-Related Quality of Life (HRQOL). However, the informal care network is mostly assumed to be insufficient in building a response, which leads to the need to invest in the selection of formal options, implying the institutionalization of the elderly, justifying the current expansion of this market, assured mostly by social intervention. Considering the current nature of this problem, the adequacy of its response is a key point, which can be made operational by assessing the perception of HRQOL by its beneficiaries.

**Objective:** To evaluate the perception of HRQOL of institutionalized elderly in the municipality of Figueira de Castelo Rodrigo.

**Method:** Quantitative, non-experimental, descriptive-correlational and cross-sectional study implemented through the application of questionnaires, by interview, to institutionalized elderly people in the eleven Private Institutions of Social Solidarity to support the elderly in the municipality of Figueira de Castelo Rodrigo, resulting from a fusion between a sociodemographic questionnaire and the health status questionnaire -36- Item Short-Form Health Survey (SF-36), Portuguese version. The questionnaire in emphasis was applied selectively to the elderly aged 65 and over and without a clinical diagnosis of cognitive impairment or dementia, in the period between August 19 and October 4, 2019, after the request for formal authorization from the management of the Private Institutions of Social Solidarity and the attainment of free, informed and awareness of consent from the participants.

**Results:** The use of the criteria defined for the design of the target population allowed the questionnaire to be applied to 191 seniors, aged between 65 and 99 years (average of 83,59 years), 112 female and 79 male, mostly with marital status leading to widowhood, coming from rural areas, with an average 4 years of schooling and a profession as an active life associated with the primary sector, enjoy the formal typology Residential Structure for Elderly People, (62.8%), and the responsibility for their choice derives from the family network, specifically

from the child(ren), motivated by health problems. When taking formal non-residential responses – Day-Care and Home Support Service - in terms of cohabitation, the elderly mostly live alone. Institutionalized elderly in the municipality of Figueira de Castelo Rodrigo receive visits from their child (ren) and/or family from time to time. Regarding the ludic daily life, they participate in activities promoted by the elderly support institution in which they participate daily, standing out the choice the manual activities. It is noted that the target population has a high perception of their HRQOL. Considering the eight dimensions that make up the HRQOL, it is similarly discriminated that the perception is high in all dimensions, except for the Health in General dimension. However, and placing an emphasis on the institutional context, it is highlighted that HRQOL is predominantly perceived as high when the elderly enjoy the formal Residential Structure for Elderly People response. Sociodemographic characteristics and the typology of formal response, as elements of the context, influence, in the light of the Ecological Theory of Human Development, the perception that the elderly person has of their HRQOL. At the empirical mercy, it appears that the sociodemographic variables gender, responsibility for choosing the type of formal response and the frequency with which it participates in the recreational activities promoted by the institution supporting the elderly have a strong relationship with HRQOL. However, from the analysis between HRQOL and the independent variable - typology of formal response, there is a weak relationship.

**Conclusions:** Knowledge of the perception of HRQOL is an auxiliary instrument in decision-making processes, in the management of an institution that supports the elderly, enhancing the adequacy and quality of formal responses to emerging needs, while enhancing benefits in the clinical intervention for the elderly, as well as the sustainability of the elderly support institution, by adapting future action.

## Keywords

Management;institutionalization;Elderly;Health-Related Quality of Life.



# Índice

1	Enquadramento do problema	1
1.1	Justificação e relevância do tema	1
1.2	Propósito de investigação	2
1.3	Questões de investigação	5
1.4	Estrutura do manuscrito investigacional	5
2	Enquadramento teórico	7
2.1	Quadro teórico	7
2.2	Revisão da literatura	8
2.2.1	Envelhecimento	9
2.2.2	Envelhecimento Ativo	10
2.2.3	Qualidade de Vida	11
2.2.4	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde	13
2.2.5	Institucionalização	14
2.2.6	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde na realidade institucional	15
2.3	Modelo de análise	21
3	Metodologia de investigação	22
3.1	Tipo de estudo/abordagem de investigação	22
3.2	Variáveis e hipóteses de investigação	22
3.3	Método de colheita de dados	23
3.4	População-alvo	26
3.5	Procedimentos	28
3.6	Análise dos dados/procedimentos estatísticos	29
4	Apresentação, análise e discussão dos resultados	32
4.1	Análise descritiva	32
4.1.1	Caraterização sociodemográfica da população-alvo	32
4.1.2	Caraterização da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da população-alvo	37
4.1.3	Caraterização da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da população-alvo face à caraterização sociodemográfica	40
4.2	Análise inferencial	46
4.2.1	Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e as caraterísticas sociodemográficas	46

4.2.2 Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a tipologia de resposta formal	51
Conclusões	53
Bibliografia	58
Apêndices	64
Apêndice I – Questionário	64
Apêndice II – Pedidos de autorização para aplicação do questionário nas instituições de apoio ao idoso do concelho de Figueira de Castelo Rodrigo	72
Apêndice III – Consentimento livre, informado e esclarecido	84
Apêndice IV - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica idade	85
Apêndice V - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica género	87
Apêndice VI - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica estado civil	89
Apêndice VII- Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica zona de proveniência	91
Apêndice VIII- Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica escolaridade	93
Apêndice IX- Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica profissão na vida ativa	96
Apêndice X - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal	98
Apêndice XI- Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica motivo pela opção da tipologia de resposta formal	101
Apêndice XII - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica coabitação	104
Apêndice XIII- Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica frequência com que o(a)(s) seu(s) filho(a)(s) e/ou familiares o(a) visitam	106
Apêndice XIV- Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso	108

Apêndice XV- Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica atividade lúdica de eleição	110
Anexos	113
Anexo I - Certificado da apresentação do póster intitulado “A Institucionalização como Promotora de Saúde no Concelho de Figueira de Castelo Rodrigo” no Iº Encontro Ibérico de Medicina Preventiva da Unidade Local de Saúde da Guarda	113
Anexo II – Certificado da apresentação do póster intitulado “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos Idosos Institucionalizados no Concelho de Figueira de Castelo Rodrigo” no 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.	114



# Lista de figuras

Figura 1 – Modelo de análise	21
Figura 2 – Modelo fatorial SF-36 com duas componentes	25
Figura 3 – Total de utentes institucionalizados no concelho de FCR em função da IPSS de apoio ao idoso e da tipologia de resposta formal em usufruto	27
Figura 4 – Distribuição da $f_i$ da população-alvo relativamente à tipologia de resposta formal	34
Figura 5 – Histograma da $f_i$ da variável QVRS	46
Figura 6 – Resultados da investigação atendendo ao modelo de análise	52



## Lista de tabelas

Tabela 1 – Variáveis de investigação	23
Tabela 2 – Distribuição das frequências da população-alvo relativamente às características sociodemográficas – idade e género	33
Tabela 3 – Distribuição das frequências da população-alvo relativamente às características sociodemográficas – estado civil, zona de proveniência, escolaridade e profissão na vida ativa	33
Tabela 4 – Distribuição das frequências da população-alvo relativamente às características sociodemográficas - tipologia de resposta formal, responsabilidade da opção da resposta formal e motivo da resposta formal	35
Tabela 5 – Distribuição das frequências da população-alvo relativamente às características sociodemográficas – coabitação e frequência das visitas do(a)(s) filho(a)(s) e/ou familiares	36
Tabela 6 – Distribuição das frequências da população-alvo relativamente às características sociodemográficas – frequência da participação nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso	36
Tabela 7 - Classificação das atividades lúdicas	36
Tabela 8 – Distribuição das frequências da população-alvo relativamente às características sociodemográficas - atividade lúdica de eleição	37
Tabela 9 - Medidas de tendência central e dispersão para a QVRS, componente física e componente mental dos idosos institucionalizados no concelho de FCR	38
Tabela 10 – IC (95%) para a média das dimensões da QVRS nos idosos institucionalizados no concelho de FCR	38
Tabela 11 - Classificação atribuída à QVRS, suas componentes e dimensões	39
Tabela 12 - Distribuição da $f_i$ da população-alvo atendendo à classificação atribuída às dimensões da QVRS	39
Tabela 13 - Distribuição da $f_i$ da população-alvo relativamente à classificação atribuída à QVRS e suas componentes mediante a tipologia de resposta formal	41
Tabela 14 - Distribuição da $f_i$ da população-alvo relativamente à classificação atribuída às dimensões da QVRS mediante a tipologia de resposta formal	42
Tabela 15 – Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> e níveis de significância correspondentes entre a variável QVRS e as variáveis sociodemográficas –	47

idade; gênero; estado civil; zona de proveniência; escolaridade; e profissão na vida ativa

Tabela 16 – Coeficientes de correlação de *Pearson* e níveis de significância correspondentes entre a variável QVRS e as variáveis sociodemográficas – tipologia de resposta formal; responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal; motivo pela opção da tipologia de resposta formal; coabitação; frequência das visitas dos filho(a)(s) e/ou familiares; frequência da participação nas atividades lúdicas promovidas pela instituição; e atividade lúdica de eleição 47

Tabela 17 – Coeficientes de correlação de *Pearson* e níveis de significância correspondentes entre as dimensões da QVRS e as variáveis sociodemográficas – idade; gênero; estado civil; zona de proveniência; escolaridade; e profissão na vida ativa 49

Tabela 18 – Coeficientes de correlação de *Pearson* e níveis de significância correspondentes entre as dimensões da QVRS e as variáveis sociodemográficas – tipologia de resposta formal; responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal; motivo pela opção da tipologia de resposta formal; coabitação; frequência das visitas dos filho(a)(s) e/ou familiares; frequência da participação nas atividades lúdicas promovidas pela instituição; e atividade lúdica de eleição 50

Tabela 19 – Coeficientes de correlação de *Pearson* e níveis de significância correspondentes entre a QVRS e as suas dimensões com a variável sociodemográfica tipologia de resposta formal 51



## Lista de acrónimos

CD	Centro de Dia
DE	Desempenho Emocional
DF	Desempenho Físico
DGS	Direção-Geral da Saúde
DR	Dor
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosos
FCR	Figueira de Castelo Rodrigo
FF	Função Física
$f_i$	Frequência relativa
$F_i$	Frequência relativa acumulada
FS	Função Social
IC	Intervalo de Confiança
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
ISS	Instituto da Segurança Social
MOS	<i>Medical Outcomes Study</i>
MS	Mudança de Saúde
MTSSS	Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social
$n_i$	Frequência absoluta
$N_i$	Frequência absoluta acumulada
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida relacionada com a Saúde
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SF-36	<i>36-Item Short-Form Health Survey</i>
SG	Saúde em Geral
SM	Saúde Mental
SPSS®	<i>Statistical Package for Social Sciences®</i>
VT	Vitalidade
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life Instruments</i>

# 1 Enquadramento do problema

O enquadramento do problema atenta em definir a conjuntura referente à problemática de investigação, no sentido de justificar a importância da sua implementação, descrevendo o seu objetivo, sendo este delineado com o fim de atingir uma resposta à questão de investigação em causa (Fortin, 2009b; Coutinho, 2014).

## 1.1 Justificação e relevância do tema

O envelhecimento demográfico é uma realidade inevitável, fruto de uma maior longevidade humana, à qual se associam índices de dependência acrescidos, em função do agravamento da morbilidade adquirida previamente e de uma maior vulnerabilidade do idoso (Ribeiro e Paúl, 2011). O conceito de idoso, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005) citado por Azevedo (2015), é definido como a pessoa com idade igual ou superior a 65 anos em países desenvolvidos e com idade igual ou superior a 60 anos em países em desenvolvimento. Ao envelhecimento associam-se estereótipos e atos discriminatórios, sendo que como meio de limitar estas implicações pejorativas, em termos concetuais, ao longo da evolução da sociedade, o conceito de “velho” foi substituído por “idoso”, o que fundamenta a adoção deste conceito ao longo do presente processo investigacional, vigorando assim numa trajetória respeitosa da fase etária em causa (Marques, 2004).

Segundo o Eurostat (2018) a percentagem de idosos está a aumentar em todos os estados membros da União Europeia, salientando-se que do total de 511,5 milhões de pessoas, à data de 1 de janeiro de 2017, 19,4% corresponde à porção com 65 ou mais anos, valor este que registou um aumento de 0,2% relativamente ao ano de 2016 e de 2,4% em comparação com os últimos 10 anos. Segundo as projeções demográficas do Eurostat, entre 2015 e 2080, prevê-se que esta tendência europeia se mantenha significativamente ao longo das próximas décadas (Eurostat, 2018). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017) salienta-se que em Portugal, entre 2015 e 2080, o envelhecimento demográfico mantenha a atual tendência ascendente de 2,1 para 2,8 milhões de idosos, o que corrobora com as projeções europeias. O índice de envelhecimento (relação existente entre o número de idosos e a população jovem numa certa região) apresenta-se passível de estabilização após aproximadamente 40 anos, no ano de 2060, quando as “gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações já se encontrarem no grupo etário 65 e mais” (INE, 2017:1). Localizado no quadrante nordeste do distrito da Guarda, o concelho de Figueira de Castelo Rodrigo (FCR), reflete a realidade nacional, ou seja, o aumento da porção sénior, que associada à diminuta taxa de natalidade manifesta alterações na sua dinâmica, que impelem o vigor de uma intervenção (Município de FCR, 2019).

O envelhecimento representa o conjunto de modificações que ocorrem durante a progressão da idade (Fontaine, 2000). É um processo fisiológico inverso ao do desenvolvimento, no qual se verifica a redução progressiva das capacidades do Ser Humano, repercutindo-se a nível biopsicossocial (Fontaine, 2000). Inerente a este, associa-se o aumento da probabilidade da génese de multipatologias, e consequente aumento do nível de dependência, o que prioriza a necessidade da implementação de cuidados específicos ao idoso, com o intuito de assegurar Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) a este estrato populacional (Paúl e Ribeiro, 2012).

A Qualidade de Vida (QV) representa a perceção do indivíduo relativamente à “posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Pires, 2009:115). Ou seja, assume-se como um constructo que concentra propriedades subjetivas, multidimensionais e mutáveis (Pires, 2009). Derivado da sua vasta abrangência, não se limita à condição de saúde. Porém, dentre o amplo conjunto de condições que apresentam influencia sobre a QV, os aspetos relacionados com a saúde ocupam uma posição central, em consequência do aumento da esperança média de vida da população, o que atribui relevância à abordagem da QVRS (Cruz, Collet e Nóbrega, 2018). Esta emerge da área da saúde, da psicologia e da economia, definindo-se como ramificação da QV, sendo concetualizada como o estado subjetivo de saúde, centrado na avaliação do indivíduo, associada ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade de vivência plena, no entanto, passível de ser mensurada com base no emprego de escalas padronizadas para a avaliação desta variável dependente, como meio de lhe atribuir um carácter objetivo (Pires, 2009).

Porém, na envolvente, a rede de cuidados informal maioritariamente assume-se como insuficiente na edificação de uma resposta, o que remete para a necessidade de envergar pela seleção de opções formais, que implicam a institucionalização do idoso, o que justifica a atual expansão deste mercado, que é assegurado maioritariamente pela intervenção social (Paúl e Ribeiro, 2012). Segundo Chambel (2016), a institucionalização retrata a permanência total ou parcial do idoso numa instituição de apoio, que se materializa no objetivo de promover a sua autonomia, favorecendo a sua continuidade no domicílio e/ou no meio sociocultural, evidenciando o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) (2017) que estas respostas sociais destinadas à população idosa sofreram um aumento significativo de 59% desde o ano de 2000, representando um total de 2700 novas respostas.

## **1.2 Propósito de investigação**

No contexto nacional, a rede formal de apoio ao idoso materializa-se, em grande percentagem, através da cooperação entre a Segurança Social e as Instituições Particulares de

Solidariedade Social (IPSS), disponibilizando três ofertas *major* – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), Centro de Dia (CD) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) de acordo com o Instituto da Segurança Social (ISS) (2017). Permitindo clarear concetualmente o decurso da investigação, opta-se perante a atual casuística nacional, pela atribuição do conceito de institucionalização, ao processo que retrata a permanência total ou parcial do idoso numa determinada instituição de apoio, em usufruto de uma entre as três ofertas *major* disponibilizadas - ERPI, CD e SAD, com o fim de promover a sua autonomia, favorecendo a sua continuidade no domicílio e/ou no meio sociocultural (Chambel, 2016; ISS, 2017).

Segundo o MTSSS (2017), entre os anos de 2000 a 2017, verificou-se um investimento notório nas respostas ERPI e SAD, com uma percentagem de 70% e 71%, respetivamente. Assim, verifica-se uma expansão positiva da cobertura social, no que respeita às ofertas para a população idosa, contudo o aumento do panorama demográfico desta porção, condiciona inevitavelmente a sua capacidade de resposta, justificando o continuar do investimento neste âmbito (Chambel, 2016).

Perante a atualidade desta problemática, a adequabilidade da sua resposta é um ponto fulcral, passível de operacionalização através da avaliação da perceção da QVRS, por parte da população idosa que destes beneficia (Praça, 2012). O seu prévio conhecimento deve constituir os alicerces para a tomada de decisão, por parte dos Gestores de Unidades de Saúde, a fim de zelar pela eficácia, eficiência e efetividade dos serviços que disponibiliza (Praça, 2012). Assim, o propósito desta investigação assenta em avaliar a perceção da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR, a fim de verificar se as respostas disponibilizadas se enquadram nas suas expetativas, norteando os futuros processos de decisão. Segundo Fortin (2009a) o propósito ou objetivo da investigação concetualiza-se como o porquê de a desenvolver, constituindo-se como um enunciado declarativo no qual se incluem as variáveis chave, a população-alvo e a tipologia de investigação a conceber.

A pertinência da sua conceção desponta da existência de investigações assentes na avaliação da perceção da QV dos idosos institucionalizados, nas quais esta se evidencia como boa, segundo Vieira, Anjos, Santos, Damasceno, Sousa e Oliveira (2016). Marques (2017) verifica à semelhança que a QV dos idosos não é afetada com a institucionalização. Quando os estudos se direcionam à comparação entre a perceção da QV no idoso institucionalizado e não institucionalizado, a realidade descrita é de igual modo verificável, evidenciando Dias, Carvalho e Araújo (2013), que os idosos institucionalizados não apresentaram pior perceção da sua QV quando comparados aos não institucionalizados. Porém Vitorino, Paskulin e Vianna (2013) referem que a institucionalização não influencia a perceção da QV dos idosos, mas sim as características sociodemográficas e de saúde. Atendendo ao descrito e ao contacto reiterado, derivado da atividade profissional, com idosos institucionalizados, e com a coexistência da

ambiguidade de pareceres, verifica-se a necessidade de obter um panorama objetivo com enfoque para as características sociodemográficas e de saúde. Daniel, Monteiro, Antunes, Fernandes e Ferreira (2018), corroboram nesta direccionalidade, identificando que as características sociodemográficas condicionam a trajetória de saúde, sugerindo a relevância de novas investigações neste sentido, com inclusão de variáveis distintas às referentes à idade e género na explicação da percepção da QVRS do idoso institucionalizado.

Porém, e em soma, a influência positiva proveniente das redes formais de apoio ao idoso na percepção da sua QV verifica-se de igual modo segundo o descrito por Santos, Santos, Santos e Duarte (2013), Martins e Mestre (2014), Soares e Amorim (2015), Castro e Amorim (2016) e Medeiros, Streit, Fortunato, Hauser, Freddi e Mazo (2017). Uma vez que estas respostas formais, maioritariamente abarcam três ofertas - ERPI, CD e SAD – identifica-se a necessidade de apurar se a percepção da QV se altera mediante a tipologia de resposta formal que o idoso usufrui, o que se enquadra nas perspetivas futuras descritas por Marques (2017) que suscitam o continuar da investigação em idosos institucionalizados e a comparação da percepção da QV entre os que residem em instituição ou no seu domicílio, assim como nas descritas por Estêvão (2017), que identificam a necessidade de estudos direccionadas a idosos com características e contextos diferentes.

Assim, e tendo por base as propostas investigacionais, a implementação de uma análise comparativa da QVRS mediante a tipologia da resposta formal em que o idoso está inserido, considerando a junção das suas características sociodemográficas é passível de resultar na edificação de um contributo científico na identificação das práticas a adotar pelos Gestores de Unidades de Saúde, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados disponibilizados pelas instituições nas suas ofertas *major* – ERPI, CD e SAD, constituindo-se deste modo o idoso como a unidade de análise. A sua concretização é possível à luz da teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, na qual Bronfenbrenner, autor com maior destaque, evidencia que o contexto apresenta influência no desenvolvimento humano, denotando-se que a adaptação ambiental se constitui como impulsionadora do bem-estar e da QV (Albuquerque, Amancio, Gunther e Higuchi, 2018).

O referido objetivo geral é passível de concretização, através da edificação de respostas profícuas a propósitos específicos, a fim de confluir para um achado científico útil na casuística contemporânea. Assim, é necessário trilhar um percurso que atente nos seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar em termos sociodemográficos os idosos institucionalizados no concelho de FCR;
- Avaliar a percepção da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR;

- Avaliar a percepção da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR perante a caracterização sociodemográfica;
- Comparar a percepção da QVRS nos idosos institucionalizados no concelho de FCR, atendendo à opção formal de que beneficiem – ERPI, CD ou SAD.

Assim, a materialização dos objetivos específicos referidos, atenta na orientação do desenvolvimento da investigação, com o fim de alcançar o seu propósito geral e assim garantir a edificação de uma resposta à questão de investigação.

### **1.3 Questões de investigação**

A questão de investigação retrata uma interrogação precisa que pretende obter novas informações acerca de uma dada temática, incluindo os conceitos e a população em estudo (Fortin, 2009a; Coutinho, 2014).

Assim, a avaliação da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR, nas opções formais disponibilizadas, permite explorar a percepção do idoso acerca do seu estado de saúde, e assim obter subsídios científicos confluentes para a concretização de uma resposta à questão central de investigação: Será que as respostas formais de apoio ao idoso, disponibilizadas no concelho de FCR, estão de acordo com as expectativas dos seus idosos?

Esta avaliação no contexto é premente, na medida em que o seu conhecimento adquire um caráter orientador do processo de decisão inerente à prática dos Gestores de Unidades de Saúde, visando a eficácia, eficiência e efetividade dos serviços prestados, contribuindo para o processo de melhoria contínua da qualidade. Do referido, adiciona-se à questão central, questões secundárias, passíveis de resposta, com o desenvolver da investigação, a fim de vigorar na estruturação de uma resposta profícua à questão central:

- Qual a sociodemografia dos idosos institucionalizados no concelho de FCR?
- Qual a QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR?
- Qual a QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR, em função da sua caracterização sociodemográfica?
- Existem diferenças entre a percepção da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR, atendendo à opção formal de que beneficiem – ERPI, CD ou SAD?

Após identificar o problema/questão que conduz o processo de investigação, assim como a sua relevância, a exploração do atual nível de conhecimentos científicos existentes acerca da temática é premente na subsequente formulação de hipóteses.

### **1.4 Estrutura do manuscrito investigacional**

Com o intuito de conceber uma matriz de conhecimentos acerca da temática que alcance a resposta à questão de investigação em ênfase, o manuscrito investigacional irá

compreender essencialmente a junção de duas partes, sendo a primeira alusiva à fundamentação teórica e a segunda ao estudo empírico.

No que se refere à primeira parte - fundamentação teórica – apresenta-se o quadro teórico, alicerçado na teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, vigorando no estabelecimento de relações que clarificam o fenómeno em estudo. Posteriormente, segue-se a revisão da literatura, que insere o estado atual dos conhecimentos, através da análise de publicações científicas, que clarificam o processo de envelhecimento enaltecendo o vigor do Envelhecimento Ativo. Posteriormente, a QV apresenta-se como a temática em ênfase, uma vez que se constitui como objetivo do Envelhecimento Ativo. Face à influência do bem saúde na QV, a QVRS identifica-se como o tema a explorar, uma vez que face ao aumento da esperança média de vida, assume relevância aquando da institucionalização do idoso. Após, e em resultado do quadro teórico e da revisão da literatura, apresenta-se o modelo de análise edificado, que se constitui como orientador do processo de investigação a implementar.

A segunda parte – estudo empírico – insere a explicitação da metodologia a adotar para o desenvolver da investigação (tipo de estudo, abordagem de investigação, variáveis, hipóteses, método de colheita de dados, população-alvo assim como os procedimentos metodológicos e estatísticos). Após o mapeamento metodológico, surge da sua materialização, a apresentação e análise dos resultados obtidos com recurso à estatística descritiva e inferencial. Em paralelo, a discussão dos resultados, à luz do estado atual da literatura, apresenta-se a fim de identificar aspetos com potencial de emprego no processo de gestão das instituições de apoio ao idoso. Em desfecho, processam-se as considerações finais, evidenciando as contribuições advindas da investigação realizada, as dificuldades e as limitações detetadas, assim como o enaltecimento de linhas futuras de investigação a encetar, com vista ao incremento do conhecimento em relação à temática.

## 2 Enquadramento teórico

A fundamentação teórica inclui aspetos associados ao marco teórico em ênfase para sustentação explicativa e preditiva do fenómeno em causa, a revisão da literatura, que atenta em evidenciar o atual corpo de conhecimentos referente à problemática em estudo, assim como o modelo de análise, que permite perante a articulação dos elementos descritos, orientar a investigação a desenvolver, tendo como matriz as hipóteses de investigação oriundas da atual evidência científica (Coutinho, 2014; Marconi e Lakatos, 2017).

### 2.1 Quadro teórico

A teoria refere-se ao conjunto interrelacionado de constructos, definições e proposições que apresenta uma visão sistémica de fenómenos, pela especificação de relacionamentos entre variáveis, com o objetivo de explicar e prever os fenómenos em estudo (Kerlinger, 2007). Perante o referido, a explicação da problemática em causa é possível através do emprego da Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano proposta pelo psicólogo americano Urie Bronfenbrenner que nasceu na Rússia, em Moscovo, a 29 de abril de 1917, viveu nos Estados Unidos da América e faleceu a 22 de setembro de 2005 em Nova Iorque, em *Ithaca*, tendo adquirido destaque internacional pela obra “Ecologia do Desenvolvimento Humano” (Bronfenbrenner, 1979; Alves, 1997; Benetti, Vieira, Crepaldi e Schneider, 2013). Esta teoria versa destaque na psicologia evolucionista, indicando que o ambiente em que o Ser Humano se insere influencia o seu comportamento, repercutindo-se positiva ou negativamente no seu carácter (Alves, 1997; Abrunhosa e Leitão, 2012). Assim, defende que o desenvolvimento do Ser Humano além da dependência aos determinantes de carácter biopsicológicos é de igual modo resultado das propriedades inerentes ao contexto em que se insere, assim como das relações que estabelece ao longo do seu ciclo vital (Benetti *et al.*, 2013).

Deste modo, defende o princípio de que o ambiente em que o Ser Humano se encontra é o influenciador *major* dos seus comportamentos, e consequentemente do desenvolvimento humano, sendo o ambiente ecológico ou seja a realidade familiar, social, económica e cultural, assente numa conceção concêntrica de sistemas que se influenciam mutuamente - microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema (Fonseca, 2004; Abrunhosa e Leitão, 2012). O microssistema, nível elementar, representa contextos vivências intimamente associados ao Ser Humano, como a casa, a instituição de apoio ao idoso, o trabalho, a família e/ou o grupo de amigos (Bronfenbrenner, 1979). O mesossistema retrata as relações que se estabelecem entre os microssistemas, enquanto, que o exossistema inclui acontecimentos de vida exteriores – serviços jurídicos, agentes da autoridade, família alargada e/ou meios de comunicação social (Martins e Szymanski, 2004). Por último, o macrosistema compreende os elementos associados aos contextos sociais, culturais, económicos e políticos (Martins e

Szymanski, 2004). Assim, depreende-se que o Ser Humano é um elemento que resulta de processos mediados por um amplo leque de variáveis, oriundos de contextos distintos e relações entre estes, constituindo-se como processo e produto destas interações (Bronfenbrenner, 1979).

Posteriormente, esta teoria foi reformulada por Bronfenbrenner e Morris, em 1998, com ênfase na influência bidirecional que se estabelece entre o contexto ambiental e o Ser Humano no processo de desenvolvimento (Martins e Szymanski, 2004). Assim, esta teoria nomeada como Bioecológica resulta da interligação entre o processo, a pessoa, o contexto e o tempo, defendendo que também o Ser Humano afeta o ambiente, na qual a tónica se focaliza nas suas características biopsicológicas, assim como nas interações com os demais e o meio (Martins e Szymanski, 2004). Concentra a inserção de um novo sistema, o cronosistema, que inclui as transformações que ocorrem no Ser Humano ou nos sistemas em resultado da dimensão temporal, representando assim as transições ecológicas de um determinado sistema, passíveis de condicionar o desenvolvimento humano, em consequência do impacto que apresentam na sua vivência (Santos e Santos, 2017).

Porém, a influência que o meio exerce sobre o Ser Humano decorre da sua perceção, pelo que os efeitos no desenvolvimento humano são o resultado da interpretação que este faz acerca da realidade (Martins e Szymanski, 2004; Santos e Santos, 2017). Assim, o desenvolvimento humano é descrito como “o processo que se refere à estabilidade e mudanças nas características biopsicológicas dos seres humanos durante o curso das suas vidas e através das gerações” segundo Yunes e Juliano (2010) citado por Bronfenbrenner e Morris (1998:995).

Segundo Tudge (2008) citado por Bueno, Vieira, Crepaldi e Schneider (2015) o envelhecimento ocorre durante o processo de desenvolvimento humano, acarretando mudanças biológicas, psicológicas e sociais características desta fase, sendo que a adaptação a este novo estágio é diferencial entre os Seres Humanos, afetando o seu relacionamento com a família, a instituição de apoio, a comunidade, elementos estes que assumem relevo na promoção do seu bem-estar e QV.

O referido justifica a necessidade de adequação das instituições de apoio ao idoso, integrantes estas segundo a teoria, no ambiente ecológico do Ser Humano, com o fim de operacionalizar uma intervenção protetora nesta etapa do ciclo vital.

## **2.2 Revisão da literatura**

A revisão da literatura consiste na elaboração de um inventário e análise crítica das publicações científicas afetas à temática em estudo, permitindo clarificar o seu atual nível de conhecimentos, norteando o modo como este ser investigado (Fortin, 2009b).

### 2.2.1 Envelhecimento

Portugal, assim como os restantes países europeus, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017), é alvo de significativas mutações demográficas, decorrentes do aumento da longevidade e do estrato sénior, assim como do decréscimo da natalidade e da porção jovem. Porém, o envelhecimento populacional constitui-se como um triunfo do desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública que, em paralelo, potencia a necessidade da adaptação social (DGS, 2017).

Em Portugal, no que se refere ao ano de 2017, a porção populacional com 65 e mais anos é representada por 21,3%, valor este que se assume como superior ao da média europeia (19,6%) (Pordata, 2019b). Dados do ano de 2018, mostram que em Portugal residem 10.283.822 habitantes, dos quais 15% detêm menos de 15 anos de idade, 65% se encontram em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos) e 22% possuem 65 ou mais anos de idade, com o respetivo índice de envelhecimento de 157 (Portadata, 2019b). Colocando ênfase na população idosa, face à problemática em estudo, verifica-se que maioritariamente esta é do género feminino com 1.298.413 habitantes (930.337 habitantes do género masculino) segundo a Pordata (2019b), potencialmente em consequência da maior longevidade que acomete a população do género feminino (Daniel *et al.*, 2018)

O atual aumento da porção sénior enfatiza a necessidade de estudos alusivos ao envelhecimento, sendo este concetualizado como um processo natural, dinâmico, progressivo, irreversível e diferencial, que vigora ao longo do ciclo vital e que retrata uma deterioração orgânica, que se manifesta em alterações biológicas, psicológicas e sociais, que se repercutem no processo de adaptação do idoso ao contexto ambiental (Paúl e Ribeiro, 2012; Rosa, 2012).

Porém, as especificidades inerentes ao processo de envelhecimento assumem-se como condicionantes à identificação da população idosa, através do emprego único do critério associado à sua idade cronológica (Sequeira, 2010). Assim, o seu uso demonstra insucesso, na medida em que a idade cronológica, em que a transição ocorre, varia diferencialmente entre a população (Matos, 2013). Segundo Moniz (2003:49) citado por Matos (2013) “a idade é apenas um marcador da passagem do tempo e, enquanto variável explicativa do processo de envelhecimento (idade cronológica) não produz, em si, mudanças que, a acontecerem, têm por base uma complexa interação de várias ordens: biológica, psicológica e social”. Segundo Fontaine (2000) “os indivíduos envelhecem, assim, de formas muito diversas e, a este respeito, podemos falar de idade biológica, de idade social e de idade psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica”. A idade biológica retrata as mutações orgânicas decorrentes da passagem do tempo (Rosa, 2012). Por sua vez, a idade social centraliza-se no papel e no estatuto atribuído pela sociedade ao seu membro, em consequência das condicionantes histórico-culturais (Matos, 2013). A idade psicológica comporta as aptidões

comportamentais, como as mnésicas e intelectuais, passíveis de mobilização pelo idoso, perante as alterações ambientais, culminando positivamente em fins como o bem-estar, a autonomia e o controlo (Fontaine, 2000). Porém e como meio de complementar a classificação concetual desta realidade Rosa (2012) distingue dois conceitos, o envelhecimento individual e o coletivo. O envelhecimento individual abarca o cronológico que se interliga em exclusivo com a idade e o biopsicológico, resultante este, da subjetividade inerente à vivência individual. Por sua vez, o envelhecimento coletivo é passível de se desdobrar na dupla concetual – envelhecimento demográfico e envelhecimento societal (ou da sociedade). O envelhecimento demográfico verifica-se em termos estatísticos e em análise ao peso das categorias etárias, na qual se denota uma significativa presença da população idosa. O envelhecimento societal surge em consequência das mutações demográficas ou seja das implicações do aumento do estrato idoso na sociedade, que se traduz habitualmente por alterações de humor, de carácter negativo (Rosa, 2012). Apesar das alterações sociais decorrentes, a necessidade da sua valorização vigora, na medida em que o avançar da idade e o avolumar da porção sénior não deve ser concebida como um obstáculo para o indivíduo e para a sociedade, exigindo-se a premência de adaptação e proveito do saber e experiência vivencial dos indivíduos (Rosa, 2012).

### 2.2.2 Envelhecimento Ativo

O envelhecimento é passível de resultar de uma modalidade primária ou também entendida como senescência, que decorre do natural processo de envelhecimento ou advir de um processo secundário ou designado por senilidade, que resulta de processos patológicos e/ou fatores ambientais, que impulsionam a sua rapidez (Oliveira, 2010). Porém, e independentemente da etiologia, a esta realidade associa-se o aumento de patologias físicas e mentais e consequente aumento do nível de dependência do idoso, em consequência da condição de vulnerabilidade que vivencia, o que intensifica a importância da adequação dos cuidados prestados, garantindo a sua QVRS (Oliveira, 2010). Ao longo do tempo têm sido desenvolvidas diversas teorias com o intuito de explicar o fenómeno do envelhecimento, salientando-se a positividade da teoria psicossocial da atividade, que concentra a ideia de que a cessação das atividades físicas e mentais, em consequência da reforma, se constitui como um fator predisponente à instalação de patologias (Oliveira, 2010; Paúl e Ribeiro, 2012; Matos, 2013). O referido, denota benefícios na adoção de um papel ativo do idoso na sociedade, evidenciando-se a premência do conceito de “Envelhecimento Ativo” proposto pela OMS em 2002 que consiste, segundo Ribeiro e Paúl (2011:2), num “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança”, com o objetivo de melhorar a QV à medida que o processo de envelhecimento se instala, concebido não apenas para acrescentar mais anos à vida, mas sim qualidade a estes, permitindo uma intervenção nos determinantes do

Envelhecimento Ativo - fatores sociais; fatores pessoais; saúde e serviços sociais; fatores do meio físico; fatores económicos; e fatores comportamentais (Ribeiro e Paúl, 2011). Assim, a sua adoção é passível de intervir positivamente nas alterações decorrentes do envelhecimento – biológicas, psicológicas e sociais. As biológicas iniciam-se precocemente após os 30 anos de idade, em resultado da incapacidade do organismo se adaptar ao efeito das interações entre os fatores intrínsecos e extrínsecos, culminando em alterações na imagem corporal e na génese de patologias, sendo as crónicas, as responsáveis *major* pela morbilidade e mortalidade dos idosos (Matos, 2013). No que se refere às alterações psicológicas, estas tendem a ocorrer maioritariamente em decurso das mudanças desta etapa do ciclo vital, que os coagem ao desempenho de novos papéis e desafios, assim como derivam da concetualização de uma imagem distorcida de si, em consequência da pressão social (Matos, 2013). As consequências de cariz social, maioritariamente advêm do início da reforma, e do consequente afastamento social (Matos, 2013). Porém estas afetam o processo de envelhecimento, de acordo com a interação que se estabelece entre o idoso e os fatores contextuais (Almeida e Rodrigues, 2008).

Perante o referido, verifica-se a necessidade de uma intervenção social, com o intuito de promover o Envelhecimento Ativo da população (Almeida e Rodrigues, 2008). As atividades desenvolvidas pelas instituições de apoio ao idoso promovem segundo Vieira (2015) o Envelhecimento Ativo, permitindo à porção sénior uma vivência ativa, em termos físicos, mentais e sociais, o que contribui para o seu bem-estar. Segundo Carvalho (2016) os idosos reconhecem a importância da realização de atividades e o impacto que estas possuem na melhoria da sua QV, salientando-se que a maioria dos idosos refere que desde que pratica as atividades promovidas pela instituição de apoio ao idoso na qual está inserido, sente uma melhoria do seu estado de saúde física e mental. Camões, Fernandes, Silva, Rodrigues, Costa e Bezerra (2016) e Camelo, Giatti e Barreto (2016) fortificam o descrito, evidenciando que ao avaliar a QV atendendo à prática regular de exercício físico, os idosos que realizam atividade física apresentam um nível superior em comparação com os que não a praticam regularmente. Freitas e Scheicher (2010) comprovam resultados similares, ao destacar que a QV dos idosos tende a ser percecionada negativamente quando os utentes integram instituições de apoio ao idoso que não auferem de atividades recreativas. Assim, é possível encetar por intervenções promotoras de um Envelhecimento Ativo, evitando que esta etapa do ciclo vital se associe a um acontecimento negativo, e seja por sua vez reconhecida como natural ao ciclo vital, sendo vivenciada com qualidade, ainda que com recursos a apoios formais.

### 2.2.3 Qualidade de Vida

O zelo pela QV, perante a envolvente demográfica, adquire significância, passível de operacionalização através do fomento de um paradigma centralizado no Envelhecimento Ativo

da população, aspeto denotado por Veloso (2015), na qual se evidencia que a prática de um Envelhecimento Ativo contribui para a QV dos idosos portugueses. Assim, a QV, enquanto objetivo *major* do Envelhecimento Ativo, constitui-se como um aspeto que norteia as atuais e futuras intervenções a desenvolver (Ribeiro e Paúl, 2011).

O conceito de qualidade apresenta um carácter subjetivo de difícil mensuração, na medida em que advém da perspectiva de cada Ser Humano (Pimentel, 2006). Quando associado à vivência, a definição de QV inclui o conhecimento, o nível experiencial e os valores do Ser Humano, que tende a despontar em imprecisões concetuais, perante o parecer de cada autor (Pimentel, 2006). Porém, entre as definições salienta-se a unanimidade das suas propriedades: subjetividade, multidimensionalidade, bipolaridade, complexidade e mutabilidade (Kuyken, Orley, Power e Herrman, 1995). A subjetividade advém da avaliação da envolvente cultural, social e ambiental na qual o Ser Humano se insere (Granado, 2010) A multidimensionalidade resulta na integração da vertente física, psicológica e social do Ser Humano (Granado, 2010). A bipolaridade resulta da dupla conotação positiva e negativa da expressão (Matos, 2013). A complexidade deriva do complexo carácter inerente ao conceito e da dificuldade da sua avaliação (Matos, 2013). Por fim, a mutabilidade é resultante da variação que se verifica na avaliação da QV atendendo ao período temporal, à pessoa, ao lugar e/ou à cultura (Matos, 2013). Perante o referido, a definição de QV, alicerçada nas características descritas, consiste na “percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Kuyken *et al.*, 1995:1405). Para Pascoal (2000) e Tahan (2009) citados por Silva (2010:30) a QV é “um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo e inclusive tem variado para o mesmo indivíduo conforme o decorrer do tempo”. Apesar da ampla existência de definições, na sua maioria, verifica-se consenso, em determinados aspetos que a caracterizam, segundo Martins (2006) e Pimentel (2006): contempla domínios relativos ao bem-estar; inclui mais do que uma dimensão, passíveis de inter-relação; contém fatores objetivos externos ao Ser Humano e subjetivos associados à sua experiência vivencial e ao padrão sentimental; apresenta a influência da idade, género, raça, cultura e condição socioeconómica do Ser Humano; denota variabilidade entre os Seres Humanos; integra uma visão holística; e deriva da percepção individual.

Apesar da QV se assumir como um conceito amplo, que integra várias dimensões, verifica-se maioritariamente que a saúde é a que a prediz, uma vez que para o Ser Humano a saúde é considerada um bem *major*, despontando na génese de uma dimensão da QV, designada por QVRS, que alude à saúde física e psíquica do Ser Humano, à sua ação social

derivada da condição de saúde e às políticas e serviços de saúde (Pimentel, 2006; Granado, 2010; Veloso, 2015).

#### 2.2.4 Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

O aumento da esperança média de vida, que culmina num aumento demográfico da população idosa, acarreta o aumento da presença de patologias nesta etapa do ciclo vital, o que justifica a necessidade de zelar pela QVRS da população durante a sua longevidade (Pimentel, 2006). Com base numa relação complementar, identificam-se duas tipologias distintas associadas à QV - a QV não relacionada com a saúde e a QVRS, com o propósito de conceber uma distinção objetiva entre a QV com um significado mais genérico e a QV relacionada com os processos patológicos e a prática médica (Pimentel, 2006). Segundo Pires (2009) citado por Praça (2012), a QVRS é entendida como um estado subjetivo de saúde, concentrado na apreciação individual, relativamente à influência do estado de saúde sobre a sua vivência plena. Esta surge como integrante da QV geral, abarcando os componentes relativos à saúde, passível de ser percecionada em termos gerais ou mediante uma determinada patologia (Praça, 2012). Quando aplicada em termos genéricos, concentra-se na análise das patologias e seu (s) tratamento (s) no bem-estar individual (Pimentel, 2006; Praça, 2012). Em termos específicos, alude à avaliação da QVRS perante uma patologia específica, evidenciando o modo como esta afeta a QV do indivíduo (Pimentel, 2006; Praça, 2012).

Assim, a QVRS pode ser definida como o valor concedido à vida, em resultado das alterações funcionais, das perceções e condições sociais que derivam da patologia e seus tratamentos, assim como da organização política e económica do sistema assistencial (Campos e Neto, 2008). Ou seja, constitui-se como um conceito de carácter multidimensional, que abrange as dimensões físicas, psicológicas e sociais, passíveis de subdivisão em outras dimensões, a fim de auferir uma conclusão acerca da perceção individual acerca destas (subjetividade), tendo presente que esta não é estanque com o decorrer do tempo (dinamismo) (Pimentel, 2006). Esta advém do contexto da saúde, da psicologia e da economia, salientando-se que a sua génese deriva da crescente preocupação económica e carência de recursos de saúde, que enaltecem a sua avaliação como preponderante à tomada de decisão em matéria de cuidados de saúde (Praça, 2012). Segundo Santos (2005) e Pires (2009) citados por Praça (2012) a avaliação da QVRS apresenta como objetivos: contribuir para a gestão da saúde; discriminar necessidades de intervenção; avaliar o efeito terapêutico de determinados fármacos e/ou terapias; melhorar a comunicação; compor uma unidade de medição económica; e monitorizar a saúde populacional.

As instituições de apoio ao idoso devem considerar a autoavaliação da QV dos idosos nelas institucionalizados, materializável através do emprego de instrumentos de avaliação

genéricos do estado de saúde e/ou específicos relacionadas com uma determinada patologia, como integrante e regente do processo de gestão, a fim de uma decisão em consonância, que zeze pela adequabilidade dos cuidados disponibilizados (Pimentel, 2006). Medeiros *et al.* (2017) identificaram que os instrumentos genéricos são os mais utilizados na avaliação da QV em idosos institucionalizados, em concreto o instrumento *World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL) - Bref e 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*.

### 2.2.5 Institucionalização

A institucionalização retrata a inserção do idoso numa instituição formal de apoio, verificável quando a possibilidade de permanecer no seu ambiente natural, sob o apoio informal dos familiares, não se coaduna com o zelo pela sua QV (Paúl e Ribeiro, 2012). A sua origem advém do período bizantino, porém atualmente a sua existência associa-se maioritariamente à articulação da Segurança Social com iniciativas particulares, como as IPSS, termo descrito pela primeira vez em 1976, no artigo n.º 63 da Constituição da República Portuguesa (Vaz, 2009; Paúl e Ribeiro, 2012). Em 1983, com base no artigo n.º 1 do Decreto-Lei n.º 119, estas são definidas como entidades jurídicas, concebidas sem finalidade lucrativa, por iniciativa privada, com o intuito de figurar o dever moral de solidariedade e de justiça entre os cidadãos, não sendo administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico segundo a Segurança Social (2019). Estas podem operacionalizar-se em Santas Casas da Misericórdia e Centros Sociais, conducentes a institucionalizar o idoso ou a potenciar a sua permanência no domicílio através da adequação das suas condições (Silva, 2010). Ao longo do tempo, verificou-se a necessidade de adequação das instituições às necessidades emergentes da realidade, através da inclusão de diferentes tipologias de respostas formais, destacando-se em vigor e à mercê da Segurança Social as referentes ao SAD, centro de convívio, CD, centro de noite, acolhimento familiar, ERPI e centro de férias e lazer (Segurança Social, 2016).

Segundo o MTSSS (2017) as respostas sociais de apoio ao idoso com maior representatividade no contexto nacional são a ERPI, CD e SAD, demarcando deste o ano de 2000 um avolumar de 59%, que representa um aumento superior a 2700 novas respostas, com maior notoriedade nas respostas ERPI e SAD, com uma percentagem de 70% e 71%, respetivamente. Segundo o MTSSS (2017:43) “em 2017, contabilizaram-se cerca de 7300 respostas de ERPI, SAD e CD no território continental, das quais 37% correspondiam a SAD”.

A ERPI constitui-se como uma resposta social que garante o acolhimento coletivo, de carácter temporário ou permanente, a pessoas idosas, e na qual são implementadas intervenções de apoio social e prestação de cuidados de enfermagem (ISS, 2017). Segundo o ISS (2017:7) atenta nos seguintes objetivos: “proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um

processo de Envelhecimento Ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; e potenciar a integração social”.

Por outro lado, o CD é concetualizado como uma tipologia de apoio formal, que vigora durante o período diurno, prestando cuidados vários ao idoso, com o intuito de zelar pela sua permanência no contexto familiar e social antevendo a concretização dos seguintes objetivos, segundo o ISS (2017:6): "proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes; estabilizar ou retardar as consequências desagradáveis do envelhecimento; prestar apoio psicológico e social; promover as relações interpessoais e intergeracionais; permitir que a pessoa idosa continue a viver na sua casa e no seu bairro; evitar ou adiar ao máximo o recurso à ERPI, contribuindo para a manutenção dos utentes em meio natural de vida; e contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia”.

A resposta referente ao SAD é desenvolvida por uma equipa que zela pela prestação de cuidados e serviços domiciliários a idosos e suas famílias, em situação de dependência física ou psíquica e que se encontrem impossibilitados de garantir, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades (ISS, 2017). Segundo o ISS (2017:5,6) esta resposta formal pretende atingir os seguintes objetivos: “melhorar a QV das pessoas e famílias; contribuir para a conciliação da vida profissional e familiar do agregado familiar; garantir cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes; reforçar as competências e capacidades das famílias e outros cuidadores; facilitar o acesso a serviços da comunidade; evitar ou adiar ao máximo o recurso à ERPI, contribuindo para a manutenção dos utentes em meio natural de vida”; e contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia”.

Em consequência da incapacidade física e psíquica que acomete o idoso, assim como das imperativas da casuística contemporânea, verifica-se frequentemente a impossibilidade da pessoa idosa permanecer no seu meio natural – o familiar – implicando a necessidade de recorrer à institucionalização (Paúl, 1996; Paúl e Ribeiro, 2012; Vieira *et al.*, 2016). Independentemente da tipologia de resposta formal é premente que estas atentem na criação de condições diferenciadas profícuas ao cuidar, atendendo às necessidades, considerando o idoso como o centro da sua atuação, integrante este de um contexto familiar e social que deve de igual modo ser observado, zelando assim pela independência, autonomia e QV dos seus utentes, aspetos operacionalizáveis com base nos contributos da autoavaliação da QV dos idosos institucionalizados (Almeida e Rodrigues, 2008; Silva, 2010; Santos *et al.*, 2013).

## 2.2.6 Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde na realidade institucional

A caraterização da fase etária em ênfase justifica a necessidade de um continuar de investimentos no apoio formal ao idoso a fim de adequar o nível de respostas às necessidades emergentes, confluindo para o alcance de uma adequada QV dos seus beneficiários, e por

impulso à aceitação e dignificação do processo de envelhecimento (Pimentel, 2006; Ribeiro e Paúl, 2011). A adequabilidade das respostas formais de apoio ao idoso é passível de concretização através da avaliação da QVRS, na medida em que a dimensão associada a saúde, segundo a literatura é determinante no nível de QV do Ser Humano, e a sua mensuração se constitui como auxílio à deliberação em processos de decisão, no âmbito da gestão de uma instituição de apoio ao idoso (Praça, 2012). Porém, a avaliação da QV concentra foco na perceção do Ser Humano, sendo esta à luz da Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano influenciada pelos elementos integrantes do seu contexto (Bronfenbrenner, 1979; Bueno *et al.*, 2015).

Vitorino *et al.* (2013) referem que a institucionalização não influencia a perceção da QV dos idosos, mas sim as características sociodemográficas e de saúde. Segundo Daniel *et al.* (2018), o bem saúde e a debilidade a ele associada assume um papel central nas idades avançadas, existindo características sociodemográficas que condicionam a perceção do idoso acerca deste, afetando a vivência do processo de envelhecimento. Ao avaliar a QV dos idosos, Almeida e Rodrigues (2008) e Daniel *et al.* (2018) denotam que esta se degrada, em ambos os géneros, com o aumento da idade, porém este declínio é mais acentuado no género feminino, verificando-se um nível superior de QV nos idosos do género masculino. Martins (2016) corrobora na medida em que identifica os idosos do género masculino como os que possuem melhor QV. Almeida e Rodrigues (2008) complementam a análise sociodemográfica ao adicionar a variável estado civil, reconhecendo que a perceção da QV é superior em idosos casados e inferior nos que vivenciam a viuvez. Almeida e Rodrigues (2008) e Vitorino *et al.* (2013) adicionam que a perceção da QV da porção sénior aumenta em paralelo ao aumento do nível de escolaridade. Vitorino *et al.* (2013), acrescentam que a participação nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso, contribui para uma melhor QV dos seus beneficiários.

Perante a investigação na alçada da caracterização sociodemográfica, Vitorino *et al.* (2013) verificam que a perceção da QV é influenciada pelas variáveis sociodemográficas, como a idade, género, estado civil, escolaridade e a atividade lúdica. Martins (2016) corrobora identificando que a perceção da QV demonstra possuir efeito da variável género. À semelhança, Daniel *et al.* (2018) fortificam o descrito, apontando que as características sociodemográficas como a idade e o género condicionam a perceção da QV. Porém, Daniel *et al.* (2018) salientam a ausência da inclusão investigacional de outras variáveis sociodemográficas, em adição à idade e ao género que se identificam como as mais aplicadas, evidenciando-se assim que a análise da dupla de variáveis citadas, idade e género, na explicação da QV é identificada como uma limitação, pelo que os autores priorizam o acrescentar de outras variáveis sociodemográficas, como meio de predizer o fenómeno.

Porém, e em desarmonia aos achados científicos descritos que corroboram para a influência das características sociodemográficas na percepção da QV dos idosos institucionalizados, Almeida e Rodrigues (2008) contrapõem afirmando que o índice de QV não difere em função do género, estado civil e nível de escolaridade do idoso institucionalizado. Soares e Amorim (2015) provam o referido, na medida em que os idosos em ênfase na investigação demonstram, de um modo geral, uma QV razoável, não se verificando relação com os aspetos sociodemográficos, como o género, o grupo etário e a escolaridade. Em valorização e complemento ao descrito, Castro e Amorim (2016) acrescentam que os aspetos sociodemográficos não influenciam a percepção de QV dos idosos institucionalizados.

Do descrito desponta a necessidade investigacional de adição de características sociodemográficas com o intuito de clarificar a sua relação com a QV, e a conseqüente validade da hipótese 1, concebida face à atual rede de conhecimentos da temática – *Existem diferenças entre as características sociodemográficas e a QVRS dos idosos institucionalizados*.

Perante a análise de resultados investigacionais oriundos de populações que abarcam idosos institucionalizados evidencia-se que a casuística reflete em percentagem *major*, e mediante a caracterização sociodemográfica, em que os membros do estrato etário em ênfase comportam um perfil associado ao género feminino, com uma idade compreendida entre os 75 e os 84 anos (média de 80,05 anos) e com um estado civil conducente à viuvez (Almeida e Rodrigues, 2008). Camões *et al.* (2016) provam o anterior, apontando que os idosos institucionalizados possuem uma média de idade de 81,1 anos, são do género feminino e maioritariamente o seu estado civil alude à viuvez. Castro e Amorim (2016) corroboram apontando a população institucionalizada como sendo do género feminino, idade média de 83,23 anos e estado civil de viúva. Porém adiciona que esta possui predominantemente a escolaridade básica com uma profissão na vida ativa associada a atividades domésticas (Castro e Amorim, 2016). Tomás (2017) e Pires (2018) complementam o descrito, salientando que no que se refere à profissão exercida anteriormente, a maioria dos idosos institucionalizados desempenhava atividades associadas à agricultura e ao trabalho doméstico, aspeto possivelmente justificado pela proveniência notória de um contexto rural. Todavia Estêvão (2017) identifica, em termos de género, achados em discordância, na medida em que maioritariamente os idosos institucionalizados são do género masculino, com idade média de 82,76 anos, viúvos, portadores do 1.º ciclo de escolaridade e com uma profissão na vida ativa associada ao exercício de trabalhos rurais.

Dos estudos em ênfase, e aquando da decisão pela institucionalização, maioritariamente verifica-se, que a opção pela tipologia de resposta formal ERPI é a selecionada, segundo Almeida e Rodrigues (2008), Santos *et al.* (2013), Soares e Amorim (2015) e Castro e Amorim (2016). De evidenciar que a opção pela institucionalização, segundo

Almeida e Rodrigues (2008), Pinto (2013), Santos *et al.* (2013) e Castro e Amorim (2016), deriva, na sua maioria, de uma opção pessoal, motivada por problemas de saúde, comprometimento do nível de autonomia, solidão e ausência de apoio por parte dos familiares. Estêvão (2017) identifica resultados opostos, ao verificar que a opção pela institucionalização advém da iniciativa do(s) filho(a)(s). Em complementaridade, e quando em usufruto de uma tipologia de apoio formal não residencial – CD e SAD, Martins (2014) e Estêvão (2017) denotam que a maioria dos idosos vivem sozinhos.

Segundo Pinto (2013) e Casqueira (2016) os idosos institucionalizados recebem visitas de membros da rede familiar semanalmente. Concertante à participação nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso na qual se encontram inseridos, Marrachinho (2014) destaca que a maioria dos idosos (56,3%) participa nas atividades. Vieira (2015) complementa o descrito, salientando que os idosos institucionalizados classificam as atividades realizadas como “boas”, identificando as atividades desenvolvidas em articulação com a comunidade como as de eleição. Em complemento, Estêvão (2017) verifica que a participação nas atividades socioculturais desenvolvidas por iniciativa da instituição de apoio ao idoso é notória (70,7%), enaltecendo as atividades recreativas (passeios e festas) como as preferenciais. Almeida e Rodrigues (2008), em oposição, destacam que, os idosos quando questionadas acerca da sua ocupação lúdica, indicam um conjunto reduzido de atividades, das quais as de maior destaque são a conversação (91,4%) e a visualização de televisão (78,5%).

Dada a caracterização sociodemográfica da porção sénior que integra as instituições de apoio ao idoso, decide-se pela inclusão na investigação, em adição as variáveis idade e género, as referentes ao estado civil, zona de proveniência, escolaridade, profissão na vida ativa, tipologia de resposta formal, responsabilidade e motivo pela opção da tipologia de resposta formal, coabitação, frequência das visitas dos filho(a)(s) e/ou familiares, frequência da participação nas atividades lúdicas promovidas pela instituição e identificação da atividade lúdica de eleição, de modo verificar a existência de relação com a QVRS dos idosos institucionalizados. À envolvente da problemática descrita, Santos *et al.* (2013) e Medeiros *et al.* (2017) juntam a significativa influência que as redes formais de apoio ao idoso exercem na QV do idoso institucionalizado, em regime de permanência ou em usufruto de apoio da instituição no seu domicílio. Perante o referido por Castro e Amorim (2016) a institucionalização condiciona a QV do idoso, averiguando níveis médios/altos de QV nos idosos institucionalizados. Martins e Mestre (2014) corroboram com o descrito, porém concluem que os níveis positivos de QV dos idosos institucionalizados, identificados em 92% da amostra, se encontram significativamente relacionados com a saúde percecionada. Soares e Amorim (2015) tecem considerações similares ao denotar uma QV razoável em inter-relação com os aspetos associados à saúde, identificando valores médios de QV superiores nos idosos

institucionalizados saudáveis. Face ao valor atribuído ao bem saúde, Martins (2014) ao avaliar a QVRS, com recurso ao instrumento SF-36, em idosos institucionalizados, corrobora, ao identificar uma perceção alta (média de 432,433 e desvio-padrão de 188,147). Atendendo ao preconizado pelo instrumento SF-36, a QVRS resulta da adição entre a componente física e a componente mental (Ferreira, 2000). Analisando a investigação desenvolvida por Martins (2014) identifica-se uma perceção baixa face à componente física (média de 197,21 e desvio-padrão de 90,932) e uma perceção alta no que se refere à componente mental (média de 238,223 e desvio-padrão de 97,215).

Segundo Ferreira (2000) cada componente inclui quatro dimensões, o que perfaz um total de oito dimensões - Função Física (FF), Desempenho Físico (DF), Dor (DR), Saúde em Geral (SG), Saúde Mental (SM), Desempenho Emocional (DE), Função Social (FS) e Vitalidade (VT). Martins (2014) na sua investigação revela que os idosos institucionalizados apresentam uma perceção alta nas dimensões DF (média de 56,579 e desvio-padrão de 28,903), SG (média de 60,631 e desvio-padrão de 13,263), FS (média 72,368 e desvio-padrão de 27,506) e DE (média de 67,105 e desvio-padrão de 32,805). Porém, apresentam uma perceção baixa nas dimensões FF (média de 36,316 e desvio-padrão de 25,486), DR (média de 43,684 e desvio-padrão de 23,279), VT (média de 49,013 e desvio-padrão de 20,964) e SM (média de 49,737 e desvio-padrão de 15,940) (Martins, 2014). Porém, e face à tipologia de resposta formal (ERPI, CD e SAD) em usufruto pelos idosos institucionalizados, verificam-se *nuances* nestas, de acordo com Martins (2014), que salienta que o valor mais elevado de QVRS se identifica no contexto formal SAD (média de 487,273 e desvio-padrão de 156,380), seguido da resposta formal CD (média de 470,617 e desvio-padrão de 209,919) e por último pela resposta formal ERPI (média de 358,463 e desvio-padrão de 138,154). No que diz respeito às suas componentes, Martins (2014) enaltece que os idosos apresentam uma perceção mais alta, no que se refere à componente física, quando beneficiam da resposta formal CD (média de 219,75 e desvio-padrão de 102,529), seguido da resposta formal SAD (média de 211,499 e desvio-padrão de 102,529) e por último da resposta formal ERPI (média de 166,678 e desvio-padrão de 60,241). De acordo com Martins (2014), e considerando a componente mental a perceção mais alta é notória aquando em gozo da resposta formal SAD (média de 275,774 e desvio-padrão de 73,67), seguida da resposta formal CD (média de 250,667 e desvio-padrão de 107,39) e por último da resposta formal ERPI (média de 191,785 e desvio-padrão de 77,913).

Martins (2014) refina a sua análise investigacional, ao analisar as oito dimensões adstritas à QVRS, atendendo à opção formal em usufruto pelos idosos institucionalizados:

- FF: os idosos integrados na tipologia CD apresentam uma perceção alta face a esta dimensão (média de 57), porém os beneficiários das respostas formais ERPI e SAD possuem uma baixa perceção (médias de 33,571 e 24,285, respetivamente) (Martins, 2014);

- DF: os idosos integrados em CD e SAD possuem percepções altas relativamente a esta dimensão (médias de 58,750 e 80,357, respetivamente) enquanto, que os idosos a usufruir da tipologia ERPI a percecionam como baixa (média de 31,250) (Martins, 2014);

- DR: os idosos possuem uma baixa percepção no que se refere a esta dimensão, independentemente da tipologia formal que integram - ERPI (média de 40,857), CD (média de 44) e SAD (média de 46,286) (Martins, 2014);

- SG: a percepção dos idosos sobre esta dimensão é alta em todas as tipologias de resposta formal - ERPI (média de 61), CD (média de 60,200) e SAD (média de 60,571) (Martins, 2014);

- VT: os idosos integrados na tipologia CD apresentam uma percepção alta perante esta dimensão (média de 55), todavia no que se refere aos idosos inseridos em ERPI e SAD, estes possuem uma baixa percepção (médias de 48,214 e 45,536, respetivamente) (Martins, 2014);

- FS: a percepção dos idosos sobre esta dimensão é alta em todas as tipologias de resposta formal - ERPI (média de 57,143), CD (média de 75) e SAD (média de 85,714) (Martins, 2014);

- DE: os idosos integrados nas tipologias SAD e CD possuem uma alta percepção relativamente à dimensão em causa (médias de 91,667 e 76,667, respetivamente), porém os integrados em ERPI percecionam esta como baixa (média de 35,714) (Martins, 2014);

- SM: os idosos integrados nas respostas formais ERPI e SAD possuem uma alta percepção relativamente a esta dimensão (médias de 50,714 e 52,857, respetivamente), porém os beneficiários da tipologia CD percecionam esta como baixa (média de 44) (Martins, 2014).

Do descrito, emerge a necessidade de avaliar a QVRS dos idosos institucionalizados, sendo que perante as tipologias *major* de resposta formal - ERPI, CD e SAD – disponibilizadas atualmente à população idosa segundo o ISS (2017), se verifica a premência de contribuir para o avolumar do conhecimento científico atual, a fim de averiguar se a positiva percepção da QV dos idosos institucionalizados de acordo com Martins e Mestre (2014), Soares e Amorim (2015) e Castro e Amorim (2016) se relaciona com a tipologia de resposta formal em usufruto, com vista a promover a operacionalização de uma gestão eficaz, eficiente e efetiva das instituições de apoio ao idoso, através de uma trajetória que corrobore para a afirmação ou infirmação da hipótese 2, concebida perante a análise da atual literatura – *Existem diferenças no que se refere às percepções da QVRS dos idosos institucionalizados em função da tipologia de resposta formal de apoio ao idoso em usufruto*. O referido surge em consonância com as perspetivas futuras descritas por Marques (2017) que inspiram o continuar da implementação de investigações em idosos institucionalizados e a comparação da percepção da QV entre os que residem em instituição ou no seu domicílio, assim como nas descritas por Estêvão (2017) que identificam a necessidade de estudos direcionadas a idosos com características e contextos diferentes.

## 2.3 Modelo de análise

O modelo de análise atenta em descrever e caracterizar os fenómenos em estudo, identificando as relações entre as variáveis em causa (Fortin, 2009a). Assim, e com base nos objetivos investigacionais, assim como no modelo teórico selecionado e na revisão bibliográfica alusiva à temática edifica-se o seguinte modelo de análise (figura 1).

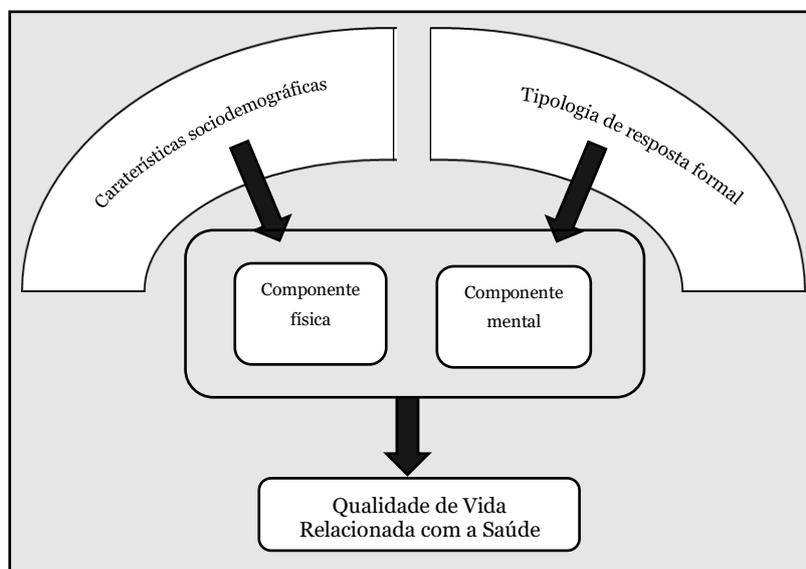


Figura 1 – Modelo de análise.  
Fonte: Própria.

Este apresenta-se com o intuito de investigar a relação entre a QVRS dos idosos institucionalizados com as variáveis sociodemográficas e a referente à tipologia de resposta formal de apoio ao idoso, afirmando ou infirmando as hipóteses de investigação formuladas, concebendo uma resposta à questão de investigação – *Será que as respostas formais de apoio ao idoso estão de acordo com as expectativas dos idosos?* – e, por conseguinte à implementação de um processo de gestão direcionado às questões a vigorar, que se apresentem como condicionamentos para a saúde do idoso no meio institucional.

O modelo de análise em ênfase permite ao investigador o organizar do processo investigacional a desenvolver, com o fim último de atingir um resposta que atente na clarificação da problemática, e assim se constitua como um impulso ao avanço do conhecimento científico, com resultados práticos passíveis de modelar a realidade à mercê de uma vivência favorável do envelhecimento, em contexto de rede formal.

### **3 Metodologia de investigação**

A metodologia afigura-se como a ciência que se dedica ao estudo dos métodos que reguem a investigação, agregando a sequência de ações a adotar pelos investigadores para atingir achados científicos (Fortin, 2009a; Marconi e Lakatos, 2017). A seguinte clarificação dos seus diferentes constituintes permite mapear o processo de investigação a desenvolver.

#### **3.1 Tipo de estudo/abordagem de investigação**

Os objetivos investigacionais orientam a tipologia de estudo a desenvolver (Fortin, 2009a). Com o intuito de descrever as características dos idosos institucionalizados no concelho de FCR e explorar as relações da perceção da QVRS com os fatores que nela intervêm, optou-se, segundo a classificação preconizada por Fortin (2009a) por uma abordagem quantitativa, através de um desenho de investigação não experimental, descritivo-correlacional, adquirindo uma classificação de transversal, segundo a vertente tempo. A abordagem de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, tendo com base a observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (Fortin, 2009a). Um desenho não experimental vigora na medida em que não se verifica a manipulação das variáveis pelo investigador, e que assume um carácter descritivo-correlacional quando atenta em explorar as relações entre as variáveis visando a sua descrição, a fim de circunscrever o fenómeno em estudo, e assim, identificar as variáveis influenciadoras da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR, num determinado momento, o que remete para a transversalidade do estudo (Fortin, 2009a).

#### **3.2 Variáveis e hipóteses de investigação**

Com base na questão de investigação, sucede-se o desenvolvimento investigacional, com o intuito de alcançar uma resposta, permitindo a exploração da temática. Após a definição do problema de investigação, o passo seguinte assenta na formulação, no seio de uma atual revisão da literatura, de hipóteses que face ao seu carácter ainda indefinido, estimulam a investigação. Uma hipótese é definida como um enunciado formal que conjectura o estabelecimento de relações entre as variáveis em estudo, concretamente entre uma ou mais variáveis independentes e uma variável dependente, proporcionado uma resposta à questão de investigação, apresentando-se estas passíveis de verificação empírica (Marconi e Lakatos, 2017). Atendendo à composição das hipóteses, o conceito de variável é entendido como uma característica de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores (Fortin, 2009a). Para a definição do estudo, a ênfase é dirigida à influência das variáveis independentes - características sociodemográficas e tipologia de

resposta formal de apoio ao idoso na variável dependente - percepção da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR (tabela 1). Uma variável dependente é designada como aquela que sofre o efeito da(s) independente(s), enquanto, que a variável independente é nomeada como uma propriedade dos intervenientes no estudo, que se identifica como a causa do efeito que resulta na variável dependente em ênfase (Marconi e Lakatos, 2017).

Tabela 1 – Variáveis de investigação.

<b>Variável dependente</b>	
Percepção da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR	
<b>Variáveis independentes</b>	
Caraterísticas sociodemográficas	Tipologia de resposta formal
-Idade; -Género -Estado civil; -Zona de proveniência; -Escolaridade; -Profissão na vida ativa; -Tipologia de resposta formal; -Responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal; -Motivo pela opção da tipologia de resposta formal; -Coabitação; -Frequência das visitas dos filho(a)(s) e/ou familiares; -Frequência da participação nas atividades lúdicas promovidas pela instituição; -Atividade lúdica de eleição.	- ERPI; -CD; -SAD.

Fonte: Própria.

Assim, as hipóteses refletem possíveis resultados face ao problema de investigação, cuja sua formulação é alicerçada no modelo de análise definido para a explicação do fenómeno em causa (Fortin, 2009a). Perante a conjuntura investigacional referente aos objetivos do estudo e à revisão bibliográfica acerca da temática, formulam-se as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1** – Existem diferenças entre as características sociodemográficas e a QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR;

**Hipótese 2** – Existem diferenças no que se refere às percepções da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR em função da tipologia de resposta formal de apoio ao idoso em usufruto.

Visando a sua afirmação ou infirmação, estas constituem um instrumento de orientação para o desenvolvimento metodológico da investigação, a fim de culminar num achado conclusivo para a resolução do problema em causa.

### 3.3 Método de colheita de dados

Entre os vários métodos disponíveis para a recolha de dados, a seleção do adequado deve concordar com a finalidade da investigação (Fortin, 2009b). A recolha de dados é descrita como um processo organizado e concebido para promover a aquisição de informação na sua proveniência (Fortin, 2009b). Perante a tipologia do estudo descritivo-correlacional em causa,

segundo Fortin (2009a) quando se atenta em descrever as relações entre as variáveis selecionadas, “apela-se a escalas de medida, a testes normalizados e a questionários” (Fortin, 2009a:369). Assim, com o objetivo de descrever a relação entre a perceção da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR e as variáveis independentes referentes às características sociodemográficas e à tipologia de resposta formal de apoio ao idoso, selecionou-se o questionário como método de colheita de dados. Perante a subjetividade inerente ao conceito de QVRS, verifica-se a necessidade de obter uma mensuração objetiva, passível de sucesso através da utilização de um questionário. Assim, este enquanto método de colheita de dados, que carece de respostas escritas a uma listagem de questões por parte dos sujeitos em estudo, garante a atribuição de um carácter mensurável às variáveis em foco, e a possibilidade de realizar comparações entre os idosos integrados (Fortin, 2009a; Marconi e Lakatos, 2017).

De acordo com Fortin (2009a) em estudos quantitativos, a sua opção é frequente, na medida em que permite economizar tempo, obter um número elevado de dados, atingir um grupo avultado de indivíduos em simultâneo e integrar uma área geográfica ampla, zelando em simultâneo pelo anonimato das respostas, o que potencia a sua veracidade. Desta forma, opta-se pela obtenção dos dados através de um questionário, concebido de uma fusão entre um questionário sociodemográfico e o questionário do estado de saúde – SF-36 (apêndice I).

Relativamente ao questionário sociodemográfico, a sua conceção desponha da atual literatura baseando-se na evidência científica identificada por Vitorino *et al.* (2013) e Daniel *et al.* (2018) que identificam as características sociodemográficas como elementos determinantes na perceção da QVRS dos idosos institucionalizados, integrando, perante a análise sociodemográfica da população sénior institucionalizada, um aglomerado de treze questões respeitantes à identificação da idade, género, estado civil, zona de proveniência, escolaridade, profissão na vida ativa, tipologia de resposta formal, responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal, motivo pela opção da tipologia de resposta formal, coabitação, frequência das visitas dos filho(a)(s) e/ou familiares, frequência da participação nas atividades lúdicas promovidas pela instituição e atividade lúdica de eleição. À luz da bibliografia atual a maioria das questões apresentam tipologia fechada, que limitam o inquirido às opções de resposta apresentadas, porém facilitam o tratamento estatístico e a análise comparativa dos dados obtidos com a resenha bibliográfica. Todavia e limitando a rigidez desta tipologia de questões, inseriu-se a possibilidade de apresentar uma resposta distinta às pré-definidas através da construção pessoal de “outra opção” de resposta à questão. A destacar como exceção, a última questão de carácter aberto, que permite ao idoso liberdade na expressão das suas preferências.

O questionário SF-36 resultou do *Medical Outcomes Study (MOS)*, estudo desenvolvida por Ware e Sherbourne nos Estados Unidos da América na década de 80, em 1992, validado posteriormente para a população portuguesa por Pedro Ferreira no ano de

1998, que objetiva a avaliação genérica do binómio estado de saúde e QV, sendo reconhecido como instrumento de eleição, empregado internacionalmente com frequência (Praça, 2012). Segundo Ferreira (2000:62) trata-se de “um instrumento genérico de medição de resultados em saúde suficientemente validado para caracterizar o estado de saúde de populações e o impacto de determinadas medidas a nível estrutural e político, mas também para poder ser usado como apoio à tomada de decisão de prestadores de cuidados”. Portador de boas qualidades psicométricas, este demonstra uma consistência interna atribuída pelo *Alpha de Cronbach* de 0,70, considerando-se a confiabilidade do questionário como satisfatória. O referido justifica a sua inclusão no estudo em causa, na medida em que o conhecimento resultante da sua aplicação permite conhecer a QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR, em termos percetivos, identificando em simultâneo o impacto do contexto envolvente, a fim de permitir às instituições de apoio ao idoso a adequação das suas intervenções. De evidenciar que a integração do questionário SF-36, enquanto instrumento já testado, potencia o fenómeno comparativo entre os resultados atingidos e os já publicados (Ferreira, 2000; Fortin, 2009b). O seu conteúdo encontra-se reunido em duas componentes – física e mental, que se espelham em 36 itens, agrupados em oito dimensões (figura 2) – FF, DF, DR, SG, SM, DE, FS e VT (Ferreira e Santana, 2003; Ferreira, Ferreira e Pereira, 2012). Porém, e apesar de não identificada como dimensão, a Mudança de Saúde (MS), permite conhecer a saúde atual do inquirido em comparação com o ano anterior (Ferreira, 2000).

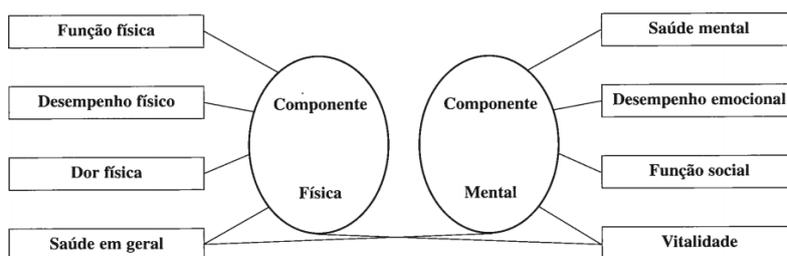


Figura 2 – Modelo fatorial SF-36 com duas componentes.  
Fonte: Ferreira (2000:57).

Assim, o emprego do questionário SF-36 potencia a mensuração do impacto do estado de saúde na componente física e mental, o que valoriza a sua aplicação no seio investigacional, mediante o avolumar de patologias físicas e mentais resultantes do processo de envelhecimento segundo Oliveira (2010), invalidando a opção pelo instrumento WHOQOL-Bref, que unicamente propende para a componente mental.

Segundo Ferreira (2000) a sua aplicação é independente do nível etário, patologia, tratamento ou cultura, no entanto, preconiza-se a sua administração em idades iguais ou superiores a 14 anos, o que adequa a sua aplicação aos idosos institucionalizados no concelho de FCR. Esta é possível através de autoadministração ou administração através de entrevista, correio ou telefone, com uma duração de preenchimento aproximada de 10 minutos, que

implica a avaliação das quatro semanas precedentes à sua administração, à exceção, de um dos itens que avalia a mudança de saúde em comparação com o ano anterior (Ferreira, 2000). Assim, e perante a população-alvo do estudo em causa, o questionário será administrado por entrevista, limitando as dificuldades no seu preenchimento decorrentes do processo de envelhecimento e facilitando, em termos de compreensão, a concretização adequada das respostas pelos idosos. A resposta de cada item é assegurada através de uma escala de *Likert*, com necessidade de posterior processo de pontuação, com o intuito de lhes atribuir um carácter interpretável (Ferreira, 2000). Deste resulta, para cada dimensão, um valor final compreendido entre 0 e 100, sendo que os valores situados próximos de 100 retratam uma melhor perceção (Ferreira, 2000; Ferreira *et al.*, 2012). Em dedução, e mediante o preconizado no modelo fatorial SF-36 com duas componentes, as oito dimensões agrupam-se na componente física (FF, DF, DR e SG) e mental (SM, DE, FS e VT) cujos seus valores oscilam entre 0 e 400 (valores próximos de 400 representando uma melhor perceção) (Ferreira, 2000). A QVRS, enquanto resultado da adição entre a componente física a mental, atenta na apresentação de valores finais compreendidos entre 0 e 800, na qual valores próximos de 800 ditam uma melhor perceção (Ferreira, 2000). O pré-definido apresenta carácter de surgir em contexto empírico, após a definição prévia da população-alvo, com vista à obtenção de dados representativos, que atentem na elucidação do fenómeno em causa.

### **3.4 População-alvo**

Para a conceção do delineado, optou-se por desenvolver a investigação no concelho de FCR, localizado no quadrante nordeste do distrito da Guarda, região Centro e sub-região da Beira Interior Norte, envolvendo uma área de influência de 10 freguesias, segundo a reorganização administrativa de 2013 (Castelo Rodrigo, Escalhão, Figueira de Castelo Rodrigo, Mata de Lobos, Vermiosa, União de Freguesias de Algodres, Vale de Afonsinho e Vilar de Amargo, União de Freguesias de Almofala e Escarigo, União de Freguesias de Cinco Vilas e Reigada, União de Freguesias de Colmeal e Vilar Torpim e União de Freguesias de Freixeda do Torrão, Quintã de Pêro Martins e Penha de Águia), num total de 508.72 Km<sup>2</sup>, onde de acordo com os censos de 2011 residem 6260 habitantes, encontrando-se localizado em contexto rural e socioeconómico baixo (Município de FCR, 2019). Este apresenta um decréscimo dos efetivos populacionais devido ao crescente êxodo rural, derivado da procura de melhores condições de vida, sendo que comparativamente com o ano de 2001, se verifica uma redução de 898 habitantes. Em confronto com os dados de 2018, o mesmo se contata, na medida em que se verifica uma diminuição populacional de 608 habitantes, face ao recenseamento de 2011 (Pordata, 2019a; Município de FCR, 2019). Acompanhando a tendência nacional, salienta-se o envelhecimento populacional, que associado à diminuta taxa de natalidade influencia a

dinâmica concelhia (Município de FCR, 2019). No que se refere ao ano de 2018, do total populacional de 5652 habitantes, cujo género predominante é o feminino com 52,3% (2954 habitantes), verifica-se face à análise da faixa etária, que a população com idade igual ou superior a 65 anos é representada por um total de 1782 indivíduos (31,5%), cujo índice de envelhecimento de situa em 281,2 (Pordata, 2019a). Face à descrita caracterização justifica-se a existência no concelho de onze IPSS de apoio ao idoso, distribuídas pelas suas freguesias, a incluir na investigação: Associação Cultural, Social e de Melhoramentos da Vermiosa; Centro de Solidariedade Social da Reigada; Associação de Desenvolvimento de Vale de Afonsinho – Associação de Solidariedade Social; Associação Sociocultural da Freixeda do Torrão; Associação Cultural Desportiva e Social Almofalense; Casa da Freguesia de Escalhão; Santa Casa da Misericórdia de FCR; Figueira SOS – Associação de Solidariedade Social; Douro Social – Associação de Solidariedade Social de Barca d’Alva; Centro Social de Mata de Lobos; e Centro de Solidariedade Social de Algodres (Município de FCR, 2019). Estas materializam-se na comunidade através da oferta das respostas ERPI, CD e SAD (figura 3).

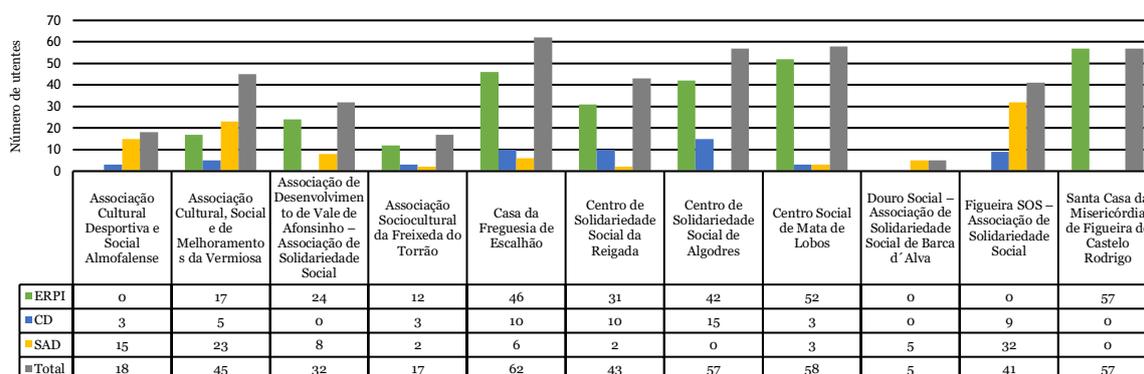


Figura 3 – Total de utentes institucionalizados no concelho de FCR em função da IPSS de apoio ao idoso e da tipologia de resposta formal em usufruto.  
Fonte: Própria (dados recolhidos à data de 15 de julho de 2019).

A população-alvo representa o conjunto de indivíduos de caracterização comum sobre a qual se pretende produzir elações (Marconi e Lakatos, 2017). Segundo Fortin (2009a) refere-se aos elementos que cumprem os critérios de seleção definidos e para os quais se prevê a realização de generalizações. A população-alvo da presente investigação é constituída pelos idosos institucionalizados no concelho de FCR, não se recorrendo ao processo de amostragem em consequência das suas limitações na génese do conhecimento científico, pelo que o estudo irá recair na totalidade dos idosos institucionalizados em FCR – 435 utentes – nas onze IPSS de apoio ao idoso existentes, com o desígnio de garantir conclusões representativas da população/universo em estudo. De evidenciar, perante o referido, que a unidade de análise do estudo em questão se refere ao idoso, concretamente o idoso institucionalizado no concelho de FCR. Porém e uma vez que segundo a OMS (2005) citado por Azevedo (2015), o conceito de idoso é entendido como a pessoa com 65 anos ou mais de idade em países desenvolvidos,

define-se a detenção de uma idade igual ou superior a 65 anos como critério de inclusão. Em adição, e uma vez que o envelhecimento segundo Oliveira (2010) se associa ao aumento de patologias físicas e mentais, justifica-se a necessidade de constituição de um critério de exclusão relativo aos idosos com diagnóstico clínico de deterioração cognitiva ou Demência, a fim de potenciar a veracidade das respostas obtidas através do questionário. Assim, o critério de inclusão definido permite o estabelecimento da necessidade de uma característica essencial aos elementos da população, enquanto, que o critério de exclusão indica os indivíduos a não integrar a população, ambos visando a homogeneidade da população-alvo (Fortin, 2009a).

### 3.5 Procedimentos

O definido apresenta caráter de se materializar empiricamente, após a concertação com as diligências preliminares, zelando por uma conduta ética. O referido justificou a necessidade de solicitar autorização formal à direção das IPSS de apoio ao idoso do concelho de FCR (apêndice II) para a aplicação do questionário, precedida de uma reunião na qual a direção e a equipa técnica foi informada acerca da investigação e seus objetivos, assim como a premência de obter o consentimento livre, informado e esclarecido (apêndice III) dos idosos a integrar o estudo. A garantia da confidencialidade das informações obtidas pautou o processo de investigação, evidenciando-se que a identificação das IPSS e seus beneficiários não foi inserida no questionário, sendo que para organização da investigação se decidiu pela atribuição aleatória de um código numérico de identificação a cada IPSS, composto por 4 dígitos.

A implementação do questionário aos idosos institucionalizados, nas onze IPSS de apoio ao idoso do concelho de FCR, foi antecedida pela necessidade de aplicar um pré-teste, a uma amostra extraída da população-alvo, a fim de possibilitar a deteção atempada de incorreções, minimizando imprecisões na investigação. A sua implementação ocorreu a 18 de agosto de 2019, em uma das onze IPSS do concelho de FCR, a uma amostra de 12 idosos, dentre os quais 8 se encontravam a usufruir da resposta formal ERPI, 2 inseridos em CD e 2 em regime de SAD. Não se verificando a necessidade de alterações na composição do questionário, face à aplicação do pré-teste, procedeu-se à aplicação do questionário nas onze IPSS de apoio ao idoso do concelho de FCR, à população-alvo definida, no período compreendido entre 19 de agosto e 4 de outubro de 2019, com recurso ao *Google Forms*®, plataforma *online* e gratuita, que permitiu a criação do questionário<sup>1</sup>, a colheita dos dados através deste, bem como a compilação dos mesmos em *Microsoft Office Excel*®, passível de ser exportada para posterior análise estatística. De salientar que face à seleção da opção pela obrigatoriedade de resposta, disponível na plataforma, obteve-se resposta a todas as questões incluídas no questionário.

---

<sup>1</sup>..\..\Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo.html

### 3.6 Análise dos dados/procedimentos estatísticos

Após a recolha dos dados, segue-se a etapa referente à sua análise, através de técnicas estatísticas, utilizando o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS®) versão 25 (Fortin, 2009b; Marconi e Lakatos, 2017). Primeiramente, e através dos dados brutos obtidos, a análise descritiva permite o seu resumo com recurso à determinação da distribuição das frequências (frequência absoluta ( $n_i$ ), frequência relativa ( $f_i$ ), frequência absoluta acumulada ( $N_i$ ) e frequência relativa acumulada ( $F_i$ )); medidas de tendência central (média, moda e mediana); medidas de dispersão (amplitude de variação, variância, desvio-padrão e coeficiente de variação); e medidas de associação (quadros de contingência e quadros de correlação) (Fortin, 2009a). Face ao descrito e aos objetivos investigacionais, a descrição da caracterização sociodemográfica da população-alvo é possível com base na determinação da distribuição das frequências; medidas de tendência central; e medidas de dispersão.

Com o intuito de caracterizar a QVRS da população-alvo, e mediante os dados brutos obtidos através da aplicação do instrumento SF-36, procedeu-se, segundo Ferreira (2000), a um processo, designado por sistema de pontuação, composto por cinco etapas – introdução dos dados, transformação de valores, tratamento de dados omissos, cálculo das escalas e verificação, a fim de permitir aos dados que se tornem coerentes e interpretáveis. Antes da sua utilização procede-se ao estudo da confiabilidade do instrumento SF-36, atendendo à mensuração da consistência interna atribuída pelo *Alpha de Cronbach*. A consistência interna atenta na avaliação da magnitude em que os itens de um determinado instrumento estão correlacionados (Fortin, 2009a). Fortin (2009a:350) refere que “quanto mais os enunciados são correlacionados, maior é a consistência interna do instrumento”. Habitualmente o coeficiente *Alpha de Cronbach* é o utilizado na avaliação da consistência interna de um instrumento de medida (Fortin, 2009a). Segundo Fortin (2009a:350) este “permite determinar até que ponto cada enunciado da escala mede um dado conceito da mesma forma que os outros” oscilando entre 0 e 1, sendo que valores próximos de 1 representam uma consistência interna superior. Ferreira (2000:60,61) indica, aquando do processo de validação portuguesa do instrumento SF-36, que “uma consistência interna dada pelo coeficiente *Alpha de Cronbach* com valor superior ou igual a 0,70 é considerada satisfatória”. Após estudo da confiabilidade do instrumento SF-36, tal como recomendado por Ferreira (2000), verifica-se a sua adequada utilização na caracterização da QVRS da população-alvo, permitindo assim a aplicação da análise descritiva.

Posteriormente, e visando a caracterização da QVRS da população-alvo face à caracterização sociodemográfica, a utilização de medidas de associação, nomeadamente de quadros de contingência, vigora, na medida em que materializa o propósito delineado. A tabulação cruzada ou tabela de contingência, é um método de análise da relação simultânea

entre duas variáveis qualitativas ou a associação entre uma variável qualitativa e uma quantitativa, gerando a sua frequência conjunta (Maroco e Bispo, 2005).

Posteriormente, a estatística inferencial “cujo papel é tratar os dados amostrais tendo em vista a tomada de decisões (inferências) respeitantes à população” (Fortin, 2009a:440), objetiva “determinar em que medida a informação proveniente de uma amostra reflecte bem o que se passa na população” (Fortin, 2009a:440). Uma vez que o estudo abarca toda a população de idosos institucionalizados no concelho de FCR (ou seja, o universo), as conclusões são representativas. A estatística inferencial é alicerçada segundo Fortin (2009a:465) “na estimação dos parâmetros para a população e a verificação de hipóteses”. Assim, a estimação dos parâmetros, ou seja a atribuição de um determinado valor a uma característica da população (média), é possível através da estimação pontual e a estimação por Intervalos de Confiança (IC), entre 95 e 99%, sendo que segundo Fortin (2009a:445) “em geral, os investigadores estabelecem o intervalo de confiança de 95%”, o que justifica a sua adoção para o desenrolar da investigação. Relativamente à verificação de hipóteses, incluem-se duas tipologias de testes estatísticos: paramétricos e não paramétricos, considerando um determinado nível de significância, optando-se por um nível de 0,05, na qual o investigador aceita a probabilidade de cometer um erro de 5 vezes em 100, uma vez que este é o mais utilizado na maioria das investigações (Fortin, 2009a). Porém, a opção pode recair por níveis de 0,01 e 0,10, se adequado ao contexto investigacional, tendo presente que “o nível fixado pelo investigador depende da probabilidade máxima de erro que ele pode tolerar” (Maroco e Bispo, 2005:115). Os testes paramétricos são aplicados quando as variáveis são normalmente distribuídas na população; quando é possível realizar, pelo menos, a estimação de um parâmetro; e quando o nível das variáveis é de intervalos ou de proporções (Fortin, 2009a). Os testes não paramétricos não se baseiam na estimação dos parâmetros nem nos princípios da distribuição normal, sendo usados com as variáveis nominais e as ordinais (Fortin, 2009a).

Como meio de estruturar o percurso a adotar, procedeu-se à avaliação da normalidade dos dados. Os testes que pretendem avaliar a normalidade atentam em verificar se a distribuição de probabilidade associada a um conjunto de dados pode ser aproximada pela distribuição normal (Maroco e Bispo, 2005). O teste de *Kolmogorov-Smirnov* é um dos testes habitualmente utilizado, definindo-se como um teste de aderência que verifica o grau de concordância entre a distribuição de um conjunto de valores amostrais/valores observados e determinada distribuição teórica específica (distribuição normal), em amostras de dimensão igual ou superior a 30 (Maroco e Bispo, 2005). Assim, e após avaliação da normalidade dos dados, atendendo ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*, e ao carácter das variáveis, a opção por testes estatísticos não paramétricos verifica-se de acordo com Fortin (2009a).

Face à necessidade de avaliar o grau de associação entre a variável dependente QVRS e as variáveis independentes – características sociodemográficas e tipologias de resposta formal, o emprego de medidas de associação, como a correlação, demonstra-se adequada. Apesar de incluída na estatística descritiva, as medidas de associação são passíveis de aplicação aquando da estatística inferencial, quando se pretende avaliar o grau de associação de duas ou mais variáveis (Fortin, 2009a). A matriz de correlação é empregada no processo inicial da análise estatística, com o intuito de identificar, dentre as variáveis envolvidas, as que se relacionam entre si (Maroco e Bispo, 2005). O coeficiente de correlação de *Pearson* é uma medida de associação linear entre variáveis, que atenta em descrever o grau de correlação entre duas variáveis, determinando a direção e a força da relação, assumindo valores entre -1 e 1. O sinal indica a direção (positiva ou negativa) do relacionamento e o valor sugere a força da relação entre as variáveis (Maroco e Bispo, 2005). Face às variáveis em investigação, e perante o contexto não paramétrico selecionado, e mediante às evidências científicas advindas da matriz de correlações de *Pearson*, meramente indicativas, procede-se ao emprego do coeficiente *C de Cramer* uma vez que este se constitui, segundo Maroco e Bispo (2005:269), como uma “medida de associação não paramétrica”, com potencial de verificação das hipóteses formuladas. Segundo Maroco e Bispo (2005) quando as variáveis são medidas em escalas nominais o coeficiente *C de Cramer* é a estatística preconizada. Este atenta na medição da associação entre duas variáveis, sendo que os seus valores oscilam entre 0 e 1. Valores elevados indicam uma forte relação entre as variáveis, enquanto, que valores baixos representam uma fraca relação. O valor de 0 indica que não existe uma associação, enquanto, que o valor de 1 indica que há uma associação muito forte entre as variáveis (Maroco e Bispo, 2005).

Em complemento, e face ao número de variáveis sociodemográficas inseridas, a análise fatorial apresenta-se como uma opção a ponderar, na medida em que se constitui como uma técnica estatística exploratória que procura definir, num estudo com muitas variáveis, conjuntos de variáveis altamente correlacionadas - fatores (Maroco e Bispo, 2005). Os fatores têm o objetivo de resumir as variáveis em um conjunto menor de dimensões com uma perda mínima de informação. Porém, e a fim de verificar a possibilidade da sua concretização, procedeu-se a avaliação dos seus pressupostos (Maroco e Bispo, 2005). O *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), medida de adequação de amostragem, é um índice usado para examinar o nível de adequação da análise fatorial, oscilando entre 0 e 1, sendo que valores próximos de 0 indicam que que análise fatorial pode não ser adequada (correlação fraca entre as variáveis) e valores próximos de 1 indicam a adequação da sua utilização (Maroco e Bispo, 2005).

## **4 Apresentação, análise e discussão dos resultados**

Permitindo gerar contributos para a conceção de uma resposta à questão de investigação, segue-se a apresentação dos resultados empíricos oriundos do questionário aplicado aos idosos institucionalizados no concelho de FCR, com recurso à análise descritiva e inferencial. Em paralelo, e à mercê do estado da literatura atual, evidencia-se a discussão dos resultados investigacionais em ênfase, denotando criticamente aspetos com potencial de emprego no processo de gestão das instituições de apoio ao idoso, com o fim último de zelar pela melhoria contínua da qualidade dos serviços disponibilizados. Segundo Fortin (2009a:472) o investigador é assim “levado a comparar, a confrontar os resultados entre si e a fazer referência à teoria e aos trabalhos anteriores relacionados com o fenómeno que estudou”. A destacar que a estruturação do capítulo terá na sua base os objetivos específicos delineados, a fim de confluir para a materialização gradual do objetivo central da investigação e consequente afirmação ou infirmação das hipóteses investigacionais formuladas, concebendo uma resposta à questão de investigação.

### **4.1 Análise descritiva**

Segundo Morais (2005) utiliza-se a estatística descritiva para descrever a população onde se procedeu à recolha dos dados, sendo esta entendida como o processo pelo qual o investigador resume os dados obtidos, com auxílio de técnicas estatísticas, visando a descrição das características da população.

#### **4.1.1 Caracterização sociodemográfica da população-alvo**

Considerando o objetivo específico - *Caraterizar em termos sociodemográficos os idosos institucionalizados no concelho de FCR*, apresenta-se, com recurso à análise da estatística descritiva, a interpretação dos resultados obtidos através do questionário sociodemográfico (primeira parte), com o fim de operacionalizar a sua resposta. Atendendo aos critérios definidos para a conceção da população-alvo da investigação e após a concertação com as diligências preliminares, referentes ao pedido de autorização formal à direção das IPSS de apoio ao idoso do concelho de FCR e à obtenção do consentimento livre, informado e esclarecido dos participantes, evidencia-se que da totalidade dos idosos institucionalizados em FCR – 435, o questionário foi aplicado a 191 idosos (população-alvo). No seio da análise descritiva, estes compreendem uma idade entre os 65 e os 99 anos, retratando uma média de 83,59 anos (desvio-padrão de 6,617) e moda de 83 anos, sendo que após agrupamento em classes se verifica que a classe modal é a compreendida entre os 76 e os 86 anos (65,4% dos

idosos têm até 86 anos) (tabela 2). Maioritariamente os idosos inquiridos são do género feminino com 58,6% (género masculino representado por uma porção de 41,4%) (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das frequências da população-alvo relativamente às características sociodemográficas – idade e género.

		<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>	<b>N<sub>i</sub></b>	<b>F<sub>i</sub> (%)</b>
<b>Idade</b>	Inferior a 66 anos	1	0,5	1	0,5
	66 aos 76 anos	26	13,6	27	14,1
	76 aos 86 anos	98	51,3	125	65,4
	Superior a 86 anos	66	34,6	191	100
<b>Género</b>	Feminino	112	58,6	112	58,6
	Masculino	79	41,4	191	100

Fonte: Própria.

Estudos desenvolvidos na alçada institucional por Almeida e Rodrigues (2008), Camões *et al.* (2016), Castro e Amorim (2016) e Estêvão (2017) denotam, perante a análise etária, resultados similares, identificando uma idade média, face aos valores obtidos de 81,79 anos. Segundo a Pordata (2019b), na envolvente nacional realça-se a percentagem *major* de indivíduos do género feminino, realidade igualmente presente no concelho de FCR, de acordo com a Pordata (2019a) no ano de 2018 com 52,3%, o que vai ao encontro aos resultados investigacionais. Em complemento, e transferindo a atenção ao contexto das instituições de apoio ao idoso, Almeida e Rodrigues (2008), Camões *et al.* (2016) e Castro e Amorim (2016) emergem evidências científicas em congruência, ou seja, à presença maioritária de indivíduos do género feminino. Porém, Estêvão (2017) identifica conclusões em contrariedade denotando que a população sénior institucionalizada é em grande percentagem do género masculino.

Em continuidade a população institucionalizada do concelho de FCR é, em termos maioritários, viúva (61,8%), proveniente de meio rural (91,1%), com o 4.º ano de escolaridade (38,7%) e uma profissão na vida ativa conducente a atividades integrantes do setor primário (51,3%) (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das frequências da população-alvo relativamente às características sociodemográficas – estado civil, zona de proveniência, escolaridade e profissão na vida ativa.

		<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>	<b>N<sub>i</sub></b>	<b>F<sub>i</sub> (%)</b>
<b>Estado civil</b>	Viúvo(a)	118	61,8	118	61,8
	Casado(a)/ União de facto	51	26,7	169	88,5
	Solteiro(a)	16	8,4	185	96,9
	Divorciado(a)/ Separado(a)	6	3,1	191	100
<b>Zona de proveniência</b>	Rural	174	91,1	174	91,1
	Urbana	17	8,9	191	100
<b>Escolaridade</b>	Não sabe ler nem escrever	32	16,8	32	16,8
	4.º Ano incompleto	59	30,9	91	47,7
	4.º Ano	74	38,7	165	86,4
	6.º Ano	2	1,0	167	87,4
	9.º Ano	2	1,0	169	88,4
	12.º Ano	2	1,0	171	89,4
	Curso superior	1	0,5	172	89,9
<b>Profissão na vida ativa</b>	Outra	19	9,6	191	100
	Setor primário	98	51,3	98	51,3
	Setor secundário	39	20,4	137	71,7
	Setor terciário	51	26,7	188	98,4

	Outra	3	1,5	191	100
--	-------	---	-----	-----	-----

Fonte: Própria.

Almeida e Rodrigues (2008), Camões *et al.* (2016), Castro e Amorim (2016) e Estêvão (2017) nas investigações desenvolvidas identificam à semelhança que a viuvez é notoriamente o estado civil mais marcante. Tomás (2017) e Pires (2018) corroboram com os achados científicos identificados, na medida em que o meio rural é a proveniência mais usual dos idosos institucionalizados. A escolaridade básica – 4.º ano – é, à semelhança da denotada empiricamente, a *major* nos estudos investigacionais de Castro e Amorim (2016) e Estêvão (2017). Na população-alvo do estudo, maioritariamente a profissão exercida na vida ativa concentra foco no setor primário, o que vai de encontro aos resultados identificados por Tomás (2017) e Pires (2018), em que as atividades associadas à agricultura são as mais frequentes, assim como às evidências descritas por Estêvão (2017), na qual os trabalhos rurais são os mais notórios. Porém, e em adição, Castro e Amorim (2016), Tomás (2017) e Pires (2018) identificam que as atividades domésticas são igualmente frequentes, porém estas integram-se no setor terciário, realidade não verificada empiricamente. Segundo Almeida, Silva e Angelo (2013) as atividades económicas integrantes do setor terciário associam-se à prestação de serviços. As atividades domésticas integram este setor, sendo que o ISS (2019:4) define trabalhador do serviço doméstico como “aquele que presta regularmente a outrem, sob a sua direção e sua autoridade, atividades destinadas à satisfação de um agregado familiar (cozinhar, lavar a roupa, limpar a casa, tratar de crianças ou idosos, tratar do jardim ou de animais, fazer serviços de costura, etc.), recebendo em contrapartida uma remuneração com carácter regular”. A clarificar que o conceito em ênfase é passível de acarretar ambiguidades na sua definição, em consequência de ser aplicado, no senso comum, à “própria dona da casa” (Gonçalves, 2015:599).

Transferindo o foco para o contexto institucional, evidencia-se que no que se refere à tipologia de resposta formal, a maior porção dos idosos institucionalizados no concelho de FCR encontra-se em usufruto de resposta ERPI (62,8%), seguido da resposta SAD (24,1%) e em menor porção da resposta CD (13,1%) (figura 4).

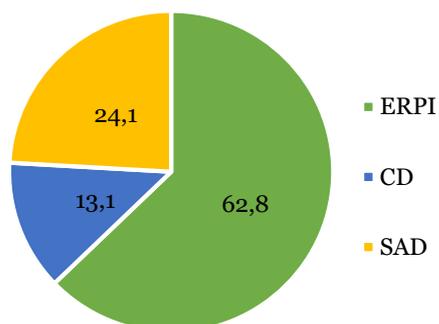


Figura 4 – Distribuição da população-alvo relativamente à tipologia de resposta formal.  
Fonte: Própria.

Segundo o MTSSS (2017), entre os anos de 2000 a 2017, verificou-se um investimento notório nas respostas ERPI e SAD, com uma percentagem de 70% e 71%, respetivamente, realidade que se espelha no concelho de FCR. Almeida e Rodrigues (2008), Santos *et al.* (2013), Soares e Amorim (2015) e Castro e Amorim (2016) identificam a tipologia formal ERPI como a selecionada em termos maioritários, o que corrobora os achados reconhecidos no concelho de FCR. Na sequência, no concelho de FCR, a responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal advém da rede familiar, em concreto do(a)(s) filho(a)(s) (41, 4%), motivada por problemas de saúde (52,4%), comprometimento do nível de autonomia (14,1%) e solidão (12%) (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das frequências da população-alvo relativamente às características sociodemográficas - tipologia de resposta formal, responsabilidade da opção da resposta formal e motivo da resposta formal.

		<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>	<b>N<sub>i</sub></b>	<b>F<sub>i</sub> (%)</b>
<b>Tipologia de resposta formal</b>	ERPI	120	62,8	120	62,8
	SAD	46	24,1	166	86,9
	CD	25	13,1	191	100
<b>Responsabilidade da opção da resposta formal</b>	Opção proposta pelo(a)(s) filho(a)(s)	79	41,4	79	41,4
	Opção própria	72	37,7	151	79,1
	Opção proposta por outro(s) familiar(es)	24	12,6	175	91,7
	Opção proposta por amigos	7	3,7	182	95,4
	Opção proposta por profissionais da rede de apoio externa (saúde ou ação social)	5	2,6	187	98
	Outra	4	2,1	191	2,1
<b>Motivo da resposta formal</b>	Problemas de saúde	100	52,4	100	52,4
	Outra	30	15,6	130	68
	Comprometimento do nível de autonomia	27	14,1	157	82,1
	Solidão	23	12,0	180	94,1
	Evitar a sobrecarga familiar	9	4,7	189	98,8
	Condições habitacionais inadequadas	2	1,0	191	99,8

Fonte: Própria.

Porém, e face à envolvente investigacional de Almeida e Rodrigues (2008), Pinto (2013), Santos *et al.* (2013) e Castro e Amorim (2016), a opção pela institucionalização deriva, na sua maioria, de uma opção pessoal, o que contraria a realidade empírica. Em complementaridade os autores citados identificam que a opção é motivada por problemas de saúde, comprometimento do nível de autonomia, solidão e ausência de apoio por parte dos familiares, o que corrobora com os achados empíricos identificados na população institucionalizado no concelho de FCR. Estêvão (2017) identifica resultados similares aos verificados na população-alvo em investigação no concelho de FCR, no que se refere à responsabilidade pela opção pela institucionalização – iniciativa do(s)(s) filho(a)(s).

Aquando em usufruto de respostas formais não residenciais – CD e SAD – em termos de coabitação, os idosos do concelho de FCR maioritariamente habitam sozinhos (23,6%) (tabela 5), aspeto igualmente denotado por Martins (2014) e Estêvão (2017). Os idosos

institucionalizados no concelho de FCR recebem visitas dos filho(a)(s) e/ou familiares ocasionalmente (34,6%) (tabela 5), frequência esta em desacordo à identificada por Pinto (2013) e Casqueira (2016), na qual estas se registam como ocorrendo semanalmente.

Tabela 5 – Distribuição das frequências da população-alvo relativamente às características sociodemográficas – coabitação e frequência das visitas do(a)(s) filho(a)(s) e/ou familiares.

		<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>	<b>N<sub>i</sub></b>	<b>F<sub>i</sub> (%)</b>
<b>Coabitação</b>	Idosos institucionalizados	102	53,4	102	53,4
	Vive sozinho(a)	45	23,6	147	77,0
	Cônjuge	29	15,2	176	92,2
	Filho(a)(s)	8	4,2	184	96,4
	Outro familiar	4	2,1	188	98,5
	Outra	3	1,5	191	100
<b>Frequência das visitas do(a)(s) filho(a)(s) e/ou familiares</b>	Diariamente	33	17,3	33	17,3
	Semanalmente	32	16,8	65	34,1
	Mensalmente	53	27,7	118	61,8
	Ocasionalmente	66	34,6	184	98,4
	Nunca	6	3,1	190	99,5
	Outra	1	0,5	191	100

Fonte: Própria.

Relativamente ao quotidiano lúdico dos idosos institucionalizados no concelho de FCR, verifica-se que estes participam nas atividades promovidas pela instituição de apoio ao idoso na qual se inserem diariamente (40,3%) (tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das frequências da população-alvo relativamente às características sociodemográficas – frequência da participação nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso.

		<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>	<b>N<sub>i</sub></b>	<b>F<sub>i</sub> (%)</b>
<b>Frequência da participação nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso</b>	Diariamente	77	40,3	77	40,3
	Semanalmente	41	21,5	118	61,8
	Mensalmente	14	7,3	132	69,1
	Ocasionalmente	43	22,5	175	91,6
	Nunca	16	8,4	191	100

Fonte: Própria.

A realidade do concelho de FCR espelha-se, à semelhança, nos achados científicos de Marrachinho (2014) e Estêvão (2017) que comprovam a participação ativa dos idosos nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso na qual se encontram inseridos, com 56,3% e 70,7%, respetivamente. Com o intuito de identificar as atividades lúdicas de eleição no concelho de FCR, e mediante a panóplia de respostas advindas, procedeu-se ao seu agrupamento em classes, a fim de facilitar a sua análise. Segundo Castro e Carreira (2015) as atividades lúdicas podem ser classificadas em: “físicas, manuais, artísticas, intelectuais, associativas e turísticas” (tabela 7) (Castro e Carreira, 2015:309).

Tabela 7 - Classificação das atividades lúdicas.

<b>Atividades lúdicas</b>					
<b>Físicas</b>	<b>Manuais</b>	<b>Artísticas</b>	<b>Intelectuais</b>	<b>Associativas</b>	<b>Turísticas</b>
-Caminhada; -Ginástica.	-Agricultura; -Artesanato; -Auxílio nas atividades da instituição.	-Desenho; -Pintura; -Música; -Dança; -Teatro.	-Leitura; -Programas de alfabetização; -Televisão; -Rádio.	-Conversação; -Jogos (cartas, dominó, bingo); -Rituais religiosos.	-Passeios.

Fonte: Elaborado a partir de Castro e Carreira (2015:309).

Face ao referido, no concelho de FCR evidenciam-se como atividades lúdicas de eleição as manuais (27,7%), seguido das intelectuais (24,1%), associativas (19,4%), físicas (16,2%), artísticas (7,9%) e por último as turísticas (1,0%) (tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição das frequências da população-alvo relativamente às características sociodemográficas - atividade lúdica de eleição.

		<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>	<b>N<sub>i</sub></b>	<b>F<sub>i</sub> (%)</b>
<b>Atividade lúdica de eleição</b>	Manuais	53	27,7	53	27,7
	Intelectuais	46	24,1	99	51,8
	Associativas	37	19,4	136	71,2
	Físicas	31	16,2	167	87,4
	Artísticas	15	7,9	182	95,3
	Outra	4	2,1	186	97,4
	Nenhum	3	1,6	189	99
	Turísticas	2	1,0	191	100

Fonte: Própria.

De frisar que as atividades lúdicas de eleição identificadas por Almeida e Rodrigues (2008) – conversação e a visualização de televisão - inserem as identificadas nos idosos institucionalizados no concelho de FCR. Porém, Vieira (2015) e Estêvão (2017) identificam atividades distintas, salientando as atividades desenvolvidas em articulação com a comunidade e as atividades recreativas (como passeios e festas) como as preferenciais.

#### 4.1.2 Caracterização da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da população-alvo

A fim de atingir o objetivo específico - *avaliar a percepção da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR*, procedeu-se à avaliação da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR atendendo à opção pelo instrumento SF-36, aplicado na segunda parte do questionário, a fim de atingir a sua resposta. Os dados brutos advindos, foram submetidos a um processo de pontuação, segundo o indicado por Ferreira (2000), atribuindo-lhe um carácter interpretável. Antes da sua utilização procedeu-se ao estudo da confiabilidade do instrumento SF-36, verificando-se uma consistência interna atribuída pelo *Alpha de Cronbach* de 0,703. Perante o preconizado por Ferreira (2000) e mediante o valor obtido, denota-se a adequabilidade da sua utilização ao presente processo investigacional.

No que se refere à percepção da QVRS obteve-se na população em estudo um valor médio de 525,97 com desvio-padrão de 129,459, ou seja, no concelho de FCR a percepção da QVRS é classificada como alta (tabela 9), o que se encontra em concordância com a investigação desenvolvida por Martins (2014) no seio institucional, na qual se prova uma percepção alta da QVRS (média de 432,433 e desvio-padrão de 188,147). Em acordo, Martins e Mestre (2014) identificam evidências científicas similares, na medida que, a maioria dos idosos (92%) incluídos na investigação, apresentam QV alta. Soares e Amorim (2015) tecem considerações em complementaridade, ao denotar, na maior porção de idosos institucionalizados valores médios de QV, porém superiores em idosos saudáveis. Castro e Amorim (2016) denotam a

existência de níveis médios/altos de QV na maioria dos idosos institucionalizados, o que suplementa a realidade presente no concelho de FCR.

Tabela 9 - Medidas de tendência central e dispersão para a QVRS, componente física e componente mental dos idosos institucionalizados no concelho de FCR.

	<b>QVRS<sup>1</sup></b>	<b>Componente física<sup>2</sup></b>	<b>Componente mental<sup>2</sup></b>
<b>Média</b>	525,97	271,16	254,80
<b>Mediana</b>	542,00	289,00	269,00
<b>Desvio-padrão</b>	129,459	72,864	69,538
<b>Mínimo</b>	283	137	126
<b>Máximo</b>	768	382	400

<sup>1</sup> QVRS: limite mínimo de 0 e máximo de 800.

<sup>2</sup> Componentes da QVRS – física e mental: limite mínimo de 0 e máximo de 400.

Fonte: Própria.

A QVRS resulta da fusão entre a percepção face à componente física (média de 271,16 e desvio-padrão de 72,864) e à componente mental (média de 254,80 e desvio-padrão de 69,538), ambas classificadas como altas no concelho de FCR (tabela 9). Martins (2014) fortifica a realidade verificada no concelho de FCR, na medida em que identifica uma percepção alta no que se refere à componente mental (média de 238,223 e desvio-padrão de 97,215). Porém, Martins (2014) apura disparidades com a evidência científica oriunda no concelho de FCR, ao concluir uma percepção baixa face à componente física (média de 197,21 e desvio-padrão de 90,932).

Atendendo às oito dimensões que compõe a QVRS, discrimina-se que os idosos institucionalizados no concelho de FCR apresentam uma percepção alta em todas as dimensões, à exceção da associada à SG (média de 47,02) (tabela 10).

Tabela 10 – IC (95%) para a média das dimensões da QVRS nos idosos institucionalizados no concelho de FCR

<b>Dimensões da QVRS</b>	<b>Média das dimensões da QVRS <sup>1</sup></b>	<b>95% IC para Média</b>	
		<b>Limite inferior</b>	<b>Limite superior</b>
<b>FF</b>	100,00	100,00	100,00
<b>DF</b>	56,28	49,40	63,16
<b>DR</b>	67,86	64,35	71,37
<b>SG</b>	47,02	44,13	49,92
<b>VT</b>	57,67	55,50	59,84
<b>FS</b>	80,17	77,67	82,67
<b>DE</b>	58,64	51,66	65,62
<b>SM</b>	58,3	56,45	60,20

<sup>1</sup> Dimensões da QVRS: limite mínimo de 0 e máximo de 100.

Fonte: Própria.

Martins (2014) corrobora com o identificado no concelho de FCR, na medida em que revela uma percepção alta nas dimensões DF (média de 56,579 e desvio-padrão de 28,903), FS (média 72,368 e desvio-padrão de 27,506) e DE (média de 67,105 e desvio-padrão de 32,805). Porém, evidencia resultados contrários, retratando uma percepção baixa no que se refere à dimensão FF (média de 36,316 e desvio-padrão de 25,486), DR (média de 43,684 e desvio-padrão de 23,279), VT (média de 49,013 e desvio-padrão de 20,964) e SM (média de 49,737 e desvio-padrão de 15,940), assim como uma percepção alta na dimensão SG (média de 60,631 e desvio-padrão de 13,263) (Martins, 2014).

Perante o preconizado pelo instrumento SF-36, considerando o referido por Ferreira (2000), os valores numéricos obtidos na população institucionalizada no concelho de FCR, para a QVRS, as suas componentes e as suas oito dimensões foram individualmente classificados, em termos qualitativos, em alta ou baixa (tabela 11), permitindo a formação de grupos, e conseqüente alteração do carácter da variável de quantitativa contínua para qualitativa nominal.

Tabela 11 - Classificação atribuída à QVRS, suas componentes e dimensões.

	Classificação	
	Baixa	Alta
<b>QVRS</b>	< 400	≥ 400
<b>Componentes da QVRS</b>	< 200	≥ 200
<b>Dimensões da QVRS</b>	< 50	≥ 50

Fonte: Elaborado a partir de Ferreira (2000).

Assim, e em complemento à análise, verifica-se no que se refere à percepção da QVRS, que a maioria dos idosos institucionalizados no concelho de FCR se inclui no grupo que a percebe como alta (74,3%) (baixa 25,7%). Relativamente às suas componentes – física e mental, descreve-se que a porção *major* da população em ênfase, à semelhança, se insere no grupo que as percebe como altas, com 74,3% e 67,0%, respetivamente (baixa 25,7% e 33,0%, respetivamente). Atendendo às oito dimensões que compõem a QVRS, a maioria dos idosos institucionalizados no concelho de FCR, insere-se no grupo que apresenta uma percepção alta perante todas as dimensões (tabela 12), à exceção da dimensão SG, na qual os idosos maioritariamente se incluem no grupo que a percebe como baixa (58,1%).

Tabela 12 - Distribuição da  $f_i$  da população-alvo atendendo à classificação atribuída às dimensões da QVRS.

Dimensões da QVRS	Classificação	$f_i$ (%)
<b>FF</b>	<b>Alta</b>	100,0
<b>DF</b>	<b>Alta</b>	56,0
	<b>Baixa</b>	44,0
<b>DR</b>	<b>Alta</b>	80,6
	<b>Baixa</b>	19,4
<b>SG</b>	<b>Alta</b>	41,9
	<b>Baixa</b>	58,1
<b>VT</b>	<b>Alta</b>	57,1
	<b>Baixa</b>	42,9
<b>FS</b>	<b>Alta</b>	85,3
	<b>Baixa</b>	14,7
<b>DE</b>	<b>Alta</b>	58,6
	<b>Baixa</b>	41,4
<b>SM</b>	<b>Alta</b>	76,4
	<b>Baixa</b>	23,6

Fonte: Própria.

#### 4.1.3 Caracterização da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da população-alvo face à caracterização sociodemográfica

Atendendo ao conhecimento da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR e com vista à concretização do objetivo específico – *Avaliar a perceção da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR perante a caracterização sociodemográfica*, procede-se à análise da QVRS e suas oito dimensões, face à caracterização sociodemográfica dos idosos institucionalizados no concelho de FCR, através da utilização de tabulações cruzadas entre as variáveis, a fim de conhecer o contexto investigacional. A sua utilização justifica-se no contexto, face aos objetivos investigacionais, e uma vez que as variáveis em foco se assumem como qualitativas nominais, à exceção da variável sociodemográfica idade, classificada esta como variável quantitativa contínua.

##### ❖ QVRS e a variável sociodemográfica idade

A perceção da QVRS, no concelho de FCR, é predominantemente alta nos idosos com idade compreendida entre os 76 e os 86 anos (37,7%) (tabela 20), contudo e considerando as suas dimensões a realidade mantém-se, à exceção da referente à dimensão SG (tabela 24), na qual os idosos com idade entre 76 e os 86 anos maioritariamente a percecionam como baixa (apêndice IV). A realidade descrita, segundo Almeida e Rodrigues (2008) e Daniel *et al.* (2018) é contrária aos seus achados, na medida em que os autores verificam que a QV se degrada com o aumento da idade.

##### ❖ QVRS e a variável sociodemográfica género

A perceção da QVRS, no concelho de FCR, é dominantemente alta nos idosos do género feminino (41,9%) (tabela 29), evidência científica de igual modo presente, aquando da análise às dimensões da QVRS (apêndice V). Porém, Almeida e Rodrigues (2008), Martins (2016) e Daniel *et al.* (2018) identificam resultados contrários, uma vez que verificam níveis superiores de QV nos idosos do género masculino.

##### ❖ QVRS e a variável sociodemográfica estado civil

A perceção da QVRS, no concelho de FCR, é predominantemente alta nos idosos com o estado civil de viúvo(a) (46,1%) (tabela 38), sendo que em análise às dimensões que comporta a QVRS a realidade descrita mantém-se (apêndice VI). Almeida e Rodrigues (2008) denota resultados opostos, na medida em que confirma níveis superiores de QV em idosos casados.

##### ❖ QVRS e a variável sociodemográfica zona de proveniência

A perceção da QVRS, no concelho de FCR, é na sua maioria classificada como alta nos idosos cuja zona de proveniência é a rural (67,0%) (tabela 46), porém e considerando as suas dimensões a realidade mantém-se, à exceção da referente à dimensão SG (tabela 50), na qual os idosos oriundos de meio rural maioritariamente a percecionam como baixa (apêndice VII).

❖ QVRS e a variável sociodemográfica escolaridade

No concelho de FCR, a perceção da QVRS é prevalentemente alta nos idosos portadores do 4.º ano de escolaridade (32,5%) (tabela 55), porém e considerando as suas dimensões a realidade mantém-se, à exceção da referente à dimensão SG (tabela 59), na qual os idosos portadores do 4.º ano de escolaridade predominantemente a percecionam como baixa (apêndice VIII). Almeida e Rodrigues (2008) e Vitorino *et al.* (2013) evidenciam que a perceção da QV da porção sénior aumenta em paralelo ao aumento do nível de escolaridade, o que contradiz os achados científicos identificados no concelho de FCR.

❖ QVRS e a variável sociodemográfica profissão na vida ativa

A perceção da QVRS, no concelho de FCR, é predominantemente alta nos idosos cuja profissão na vida ativa se associava a atividades integrantes do setor primário (36,1%) (tabela 64), todavia e considerando as suas dimensões a realidade mantém-se, à exceção da referente à dimensão SG (tabela 68), na qual os idosos que desenvolviam atividades profissionais no setor primário maioritariamente a percecionam como baixa (apêndice IX).

❖ QVRS e a variável sociodemográfica tipologia de resposta formal

Dentre as variáveis sociodemográficas definidas no processo de investigação, a variável - tipologia de resposta formal – assume relevância investigacional, face aos objetivos delineados, o que pressupõe o seu estudo detalhado, a fim de alcançar o objetivo específico - *Comparar a perceção da QVRS nos idosos institucionalizados no concelho de FCR, atendendo à opção formal de que beneficiem – ERPI, CD ou SAD.*

Primeiramente, no que se refere à perceção dos idosos institucionalizados no concelho de FCR, face à QVRS, verifica-se que esta é maioritariamente alta quando os idosos usufruem da resposta formal ERPI (48,2% consideram a sua QVRS alta e 14,7% baixa), seguido da resposta formal SAD (16,8% consideram a sua QVRS alta e 7,3% baixa), e por último a resposta formal CD (9,4% consideram a sua QVRS alta e 3,7% baixa) (tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição da  $f_i$  da população-alvo relativamente à classificação atribuída à QVRS e suas componentes mediante a tipologia de resposta formal.

		Tipologia de resposta formal (%)			Total (%)
		ERPI	CD	SAD	
QVRS (%)	Alta	48,2	9,4	16,8	74,3
	Baixa	14,7	3,7	7,3	25,7
Componente física (%)	Alta	79,2	76,0	60,9	74,3
	Baixa	20,8	24,0	39,1	25,7
Componente mental (%)	Alta	69,2	64,0	63,0	67,0
	Baixa	30,8	36,0	37,0	33,0

Fonte: Própria.

Segundo Martins (2014), o valor mais elevado da QVRS verifica-se para o contexto SAD (média de 487,273 e desvio-padrão de 156,380), seguido do CD (média de 470,617 e desvio-

padrão de 209,919) e por último do referente à ERPI (média de 358,463 e desvio-padrão 138,154), o que se encontra em oposição aos achados identificados no concelho de FCR.

No concelho de FCR, as componentes da QVRS - física e mental, são à semelhança, maioritariamente percecionadas como altas, aquando em usufruto da resposta formal ERPI (79,2% e 69,2%, respetivamente), seguido da resposta formal CD (76,0% e 64,0%, respetivamente) e por último da resposta formal SAD (60,9% e 63,0%, respetivamente) (tabela 13). Martins (2014) apresenta desigualdades, sendo que no que concerne à componente física, os idosos integrados apresentam uma perceção mais alta quando beneficiam da resposta formal CD (média de 219,75 e desvio-padrão de 102,529), seguido da resposta formal SAD (média de 211,499 e desvio-padrão de 102,529) e por último da resposta formal ERPI (média de 166,678 e desvio-padrão de 60,241). Considerando a componente mental, Martins (2014), denota de igual modo resultados opostos, na medida em que a perceção mais alta se revela aquando em gozo da resposta formal SAD (média de 275,774 e desvio-padrão de 73,67), seguida da resposta formal CD (media de 250,667 e desvio-padrão de 107,39) e por último da resposta formal ERPI (média de 191,785 e desvio-padrão de 77,913).

Afinando a análise, apresenta-se a perceção que os idosos institucionalizados no concelho de FCR comportam, nas oito dimensões da QVRS, mediante a tipologia de resposta formal em usufruto (tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição da  $f_i$  da população-alvo relativamente à classificação atribuída às dimensões da QVRS mediante a tipologia de resposta formal.

		Tipologia de resposta formal (%)			Total (%)
		ERPI	CD	SAD	
<b>FF (%)</b>	<b>Alta</b>	62,8	13,1	24,1	100,0
<b>DF (%)</b>	<b>Alta</b>	38,2	6,3	11,5	56,0
	<b>Baixa</b>	24,6	6,8	12,6	44,0
<b>DR (%)</b>	<b>Alta</b>	50,8	10,5	19,4	80,6
	<b>Baixa</b>	12,0	2,6	4,7	19,4
<b>SG (%)</b>	<b>Alta</b>	26,7	6,3	8,9	41,9
	<b>Baixa</b>	36,1	6,8	15,2	58,1
<b>VT (%)</b>	<b>Alta</b>	34,6	7,3	15,2	57,1
	<b>Baixa</b>	28,3	5,8	8,9	42,9
<b>FS (%)</b>	<b>Alta</b>	52,4	12,6	20,4	85,3
	<b>Baixa</b>	10,5	0,5	3,7	14,7
<b>DE (%)</b>	<b>Alta</b>	39,3	6,3	13,1	58,6
	<b>Baixa</b>	23,6	6,8	11,0	41,4
<b>SM (%)</b>	<b>Alta</b>	48,2	9,9	18,3	76,4
	<b>Baixa</b>	14,7	3,1	5,8	26,6

Fonte: Própria.

Em complemento aos achados numéricos presentes na tabela 14, é possível a análise individualizada de cada dimensão da QVRS, tendo como foco central a tipologia de resposta formal em usufruto pelos idosos institucionalizados no concelho de FCR:

- FF: a perceção acerca desta dimensão é alta em todos os idosos institucionalizados no concelho de FCR, independentemente da tipologia de resposta em usufruto, porém com maior notoriedade em idosos a usufruir da tipologia ERPI (62,8%), seguida de SAD (24,1%) e

por último de CD (13,1%) (tabela 14). Martins (2014) corrobora com a realidade do concelho de FCR, na medida em que os idosos integrados na tipologia CD apresentam uma perceção alta relativamente a esta dimensão (média de 57), porém apresenta achados contrários, no que se refere aos idosos inseridos em ERPI e SAD, uma vez que estes possuem uma baixa perceção (médias de 33,571 e 24,285, respetivamente) face à dimensão em foco;

- DF: A população institucionalizada em FCR maioritariamente percebe esta como alta (56%), todavia evidencia-se que face ao tipo de resposta formal em usufruto, os idosos inseridos em CD e SAD maioritariamente classificam-na como baixa, com 6,8% e 12,6%, respetivamente (tabela 14). Porém os idosos inseridos em ERPI no concelho de FCR notoriamente percebem esta como alta (38,2%) (tabela 10). Martins (2014) destaca evidências opostas, na medida em que os idosos integrados em CD e SAD possuem perceções altas relativamente a esta dimensão (médias de 58,750 e 80,357, respetivamente), enquanto, que os idosos a usufruir da tipologia ERPI a percebem como baixa (média de 31,250);

- DR: A população institucionalizada em FCR maioritariamente percebe esta como alta (80,6%), e independentemente do tipo de resposta em usufruto a realidade descrita mantém-se, porém adiciona-se que é superior na tipologia de ERPI (50,8%), seguida de SAD (19,4%) e por último CD (10,5%) (tabela 14). Martins (2014) discrimina resultados opostos, na medida em que os idosos possuem uma baixa perceção no que se refere a esta dimensão, independentemente da tipologia formal que integram - ERPI (média de 40,857), CD (média de 44) e SAD (média de 46,286);

- SG: A população institucionalizada em FCR maioritariamente percebe esta como baixa (58,1%) independentemente do tipo de resposta em usufruto, porém evidencia-se que é notoriamente mais baixa em ERPI (36,1%), seguida de SAD (15,2%) e por último CD (6,8%) (tabela 14). Martins (2014) denota resultados em contrariedade, evidenciando que a perceção sobre esta dimensão é alta em todas as tipologias de resposta formal – ERPI (média de 61), CD (média de 60,200) e SAD (média de 60,571);

- VT: A população institucionalizada em FCR maioritariamente percebe esta como alta (57,1%), e independentemente do tipo de resposta em usufruto a realidade descrita mantém-se, porém adiciona-se que é superior em ERPI (34,6%), seguida de SAD (15,2%) e por último CD (7,3%) (tabela 14). Martins (2014) corrobora com a realidade do concelho de FCR, na medida em que os idosos integrados na tipologia CD apresentam uma perceção alta relativamente a esta dimensão (média de 55), todavia apresenta achados contrários, no que se refere aos idosos inseridos em ERPI e SAD, uma vez que estes possuem uma baixa perceção (médias de 48,214 e 45,536, respetivamente) face à dimensão em foco;

- FS: A população institucionalizada em FCR maioritariamente percebe esta como alta (85,3%), e independentemente do tipo de resposta em usufruto a realidade descrita

mantém-se, porém adiciona-se que é superiores em ERPI (52,4%), seguida de SAD (20,4%) e por último CD (12,6%) (tabela 14). Martins (2014) fortifica as evidências denotadas no concelho de FCR identificando que a perceção sobre esta dimensão é alta em todas as tipologias de resposta formal – ERPI (média de 57,143), CD (média de 75) e SAD (média de 85,714);

- DE: A população institucionalizada em FCR maioritariamente percebe esta como alta (58,6%), todavia evidencia-se que face ao tipo de resposta formal em usufruto, os idosos inseridos em CD maioritariamente classificam-na como baixa (6,8%) (tabela 10). Os idosos integrados em ERPI e SAD possuem uma perceção alta relativamente a esta dimensão com 39,3% e 13,1%, respetivamente (tabela 14). Martins (2014) corrobora na medida em que os idosos integrados em SAD possuem uma alta perceção relativamente à dimensão em causa (média de 91,667), porém revela desigualdades, uma vez que os idosos integrados em ERPI a percebem como baixa (média de 35,714) e os integrados em CD (média 76,667) como alta;

- SM: A população institucionalizada em FCR maioritariamente percebe esta como alta (76,4%), e independentemente do tipo de resposta em usufruto a realidade descrita mantém-se, porém adiciona-se que é superior em ERPI (48,2%), seguida de SAD (18,3%) e por último CD (9,9%) (tabela 14). Martins (2014) identifica resultados similares no que se refere aos utentes integrados em ERPI e SAD, na medida em que estes possuem uma alta perceção relativamente a esta dimensão (média de 50,714 e 52,857, respetivamente), porém os idosos a usufruir da tipologia formal CD percebem esta como baixa (média de 44).

❖ QVRS e a responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal

A perceção da QVRS, no concelho de FCR, é na sua maioria classificada como alta nos idosos cuja responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal é própria (31,4%) (tabela 73), contudo e atendendo às suas dimensões a realidade mantém-se nas referentes ao DF (tabela 75) e DE (tabela 80) (apêndice X). No que se refere às dimensões FF (tabela 74), DR (tabela 76), VT (tabela 78), FS (tabela 79) e SM (tabela 81), evidencia-se que a perceção que os idosos institucionalizados no concelho de FCR possuem é predominantemente alta quando a responsabilidade pela opção deriva do(s) filho(a)(s) (apêndice X). No que se refere à dimensão SG (tabela 77), denota-se com realidade percentual igual que esta é maioritariamente percebida como baixa, quando a opção é própria e quando a opção é proposta pelo(a) filho(a)(s) (apêndice X).

❖ QVRS e a variável sociodemográfica motivo pela opção da tipologia de resposta formal

A perceção da QVRS, no concelho de FCR, é maioritariamente alta nos idosos cujo motivo pela opção da tipologia de resposta formal advém de problemas de saúde (35,1%) (tabela 82), porém e considerando as suas dimensões a realidade mantém-se, à exceção da referente à dimensão SG (tabela 86), na qual os idosos que foram motivados por problemas de

saúde aquando da opção pela tipologia de resposta formal maioritariamente a percecionam como baixa (apêndice XI).

❖ QVRS e a variável sociodemográfica coabitação

Aquando em usufruto de respostas formais não residenciais, evidencia-se que a perceção da QVRS, no concelho de FCR, é em maioria alta nos idosos que vivem sozinhos (17,8%) (tabela 91), contudo e atendendo às suas dimensões a realidade mantém-se, à exceção da referente à dimensão SG (tabela 95), na qual os idosos que vivem sozinhos predominantemente a percecionam como baixa (apêndice XII).

❖ QVRS e a variável sociodemográfica frequência com que o(a)(s) seu(s) filho(a)(s) e/ou familiares o(a) visitam

A perceção da QVRS, no concelho de FCR, é predominantemente alta nos idosos cuja frequência com que o(a)(s) seu(s) filho(a)(s) e/ou familiares o(a) visitam é ocasional (17,8%) (tabela 100), porém, e em análise às suas dimensões a realidade mantém-se à exceção da referente à dimensão SG (tabela 104), na qual os idosos, cuja frequência com que (a)(s) seu(s) filho(a)(s) e/ou familiares o(a) visitam é ocasional maioritariamente a percecionam como baixa (apêndice XIII).

❖ QVRS e a variável sociodemográfica frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso

A perceção da QVRS, no concelho de FCR, é em maioria alta nos idosos cuja frequência com que participam nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso na qual se inserem é diária (38,2%) (tabela 109), porém e aquando da análise às suas dimensões a realidade mantém-se à exceção da referente à dimensão SG (tabela 113), na qual os idosos, cuja frequência com que participam nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso na qual se inserem é diária maioritariamente a percecionam como baixa (apêndice XIV). Vitorino *et al.* (2013) fortificam o referido, apontando que a participação nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso potencia uma melhor QV aos idosos.

❖ QVRS e variável sociodemográfica atividade lúdica de eleição

A perceção da QVRS, no concelho de FCR, é em grande parte identificada como alta nos idosos cuja atividade lúdica de eleição se enquadra na categoria das atividades lúdicas manuais (22,5%) (tabela 118), contudo e aquando da análise às suas dimensões a realidade mantém-se à exceção da referente à dimensão SG (tabela 122), na qual os idosos, cuja atividade lúdica de eleição se insere na categoria das atividades lúdicas manuais maioritariamente a percecionam como baixa (apêndice XV).

## 4.2 Análise inferencial

Segundo Fortin (2009a:440) “a inferência estatística interessa-se pelos resultados provenientes de uma amostra e, por inferência, prevê o comportamento ou as características da população total”. Como meio de estruturar o percurso a adotar, procedeu-se à avaliação da normalidade dos dados. Atendendo aos valores do teste de *Kolmogorov – Smirnov* (0,098 com uma significância inferior a 5%), em complemento com a representação gráfica – histograma (figura 5) denota-se que os dados não seguem uma distribuição normal, o que remete, em conjunto com o carácter nominal das variáveis para a adoção de testes estatísticos não paramétricos, face ao preconizado por Fortin (2009a).

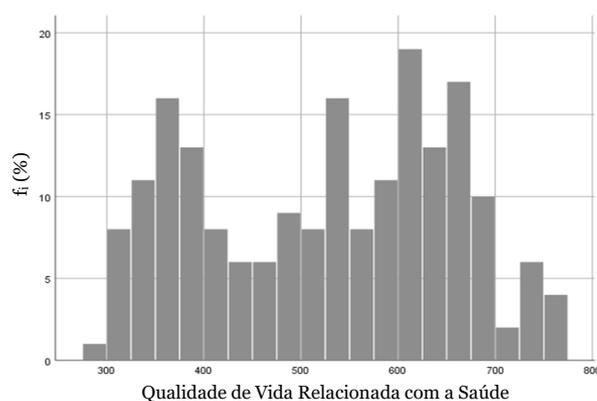


Figura 5 – Histograma da  $f_i$  da variável QVRS.  
Fonte: Própria.

Caraterizada a população-alvo, assim como o seu nível de QVRS, procede-se ao estudo das relações entre a QVRS e as variáveis sociodemográficas, assim como com a tipologia de resposta formal de apoio ao idoso, atendendo às hipóteses investigacionais formuladas.

### 4.2.1 Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com Saúde e as características sociodemográficas

Face à hipótese 1 - *Existem diferenças entre as características sociodemográficas e a QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR* – e com o intuito de conceber contributos científicos para a sua afirmação ou infirmação, procede-se à avaliação da relação existente entre a QVRS e as características sociodemográficas definidas.

Através do emprego do coeficiente de correlação de *Pearson*, verifica-se através da análise da matriz de correlação (tabelas 15 e 16) entre a variável QVRS e as variáveis sociodemográficas, que as variáveis – género, responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal e frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso, apresentam uma relação estatisticamente significativa com a QVRS (significância inferior a 5%).

Tabela 15 – Coeficientes de correlação de *Pearson* e níveis de significância correspondentes entre a variável QVRS e as variáveis sociodemográficas – idade; género; estado civil; zona de proveniência; escolaridade; e profissão na vida ativa.

		Idade	Género	Estado civil	Zona de proveniência	Escolaridade	Profissão na vida ativa
QVRS	Correlação de <i>Pearson</i>	- 0,041	0,143*	- 0,030	0,056	0,047	0,009
	Significância (2 extremidades)	0,573	<b>0,049</b>	0,679	0,438	0,522	0,904

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Fonte: Própria.

Tabela 16 – Coeficientes de correlação de *Pearson* e níveis de significância correspondentes entre a variável QVRS e as variáveis sociodemográficas – tipologia de resposta formal; responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal; motivo pela opção da tipologia de resposta formal; coabitação; frequência das visitas dos filho(a)(s) e/ou familiares; frequência da participação nas atividades lúdicas promovidas pela instituição; e atividade lúdica de eleição.

		Tipologia de resposta formal	Responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal	Motivo pela opção da tipologia de resposta formal	Coabitação	Frequência das visitas dos filho(a)(s) e/ou familiares	Frequência da participação nas atividades lúdicas promovidas pela instituição	Atividade lúdica de eleição
QVRS	Correlação de <i>Pearson</i>	- 0,016	- 0,151*	- 0,117	0,103	0,009	- 0,405*	0,057
	Significância (2 extremidades)	0,825	<b>0,037</b>	0,108	0,157	0,906	<b>0,000</b>	0,435

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Fonte: Própria.

Porém, as elações advindas da matriz de correlação assumem-se como indicativas do percurso a adotar. Face ao citado, e perante o carácter nominal das variáveis envolvidas enverga-se pela análise da correlação, ou seja, da associação entre as duas variáveis, tendo por base a avaliação do coeficiente de contingência *C* de *Cramer*. Perante a análise individual da QVRS com as características sociodemográficas definidas, discrimina-se que a QVRS apresenta uma forte relação, mediante apresentação de valor de *C* de *Cramer* elevado, próximo de 1 com as variáveis género (valor de *C* de *Cramer* 0,925, com uma significância superior a 5%), responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal (valor de *C* de *Cramer* 0,941, com uma significância superior a 5%) e frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso (valor de *C* de *Cramer* 0,941, com uma significância superior a 5%), o que confirma a evidência científica identificada através da análise da matriz de correlação de *Pearson*. Assim, a perceção da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR está estatisticamente relacionada com a tríade de variáveis descritas. Face ao descrito, infere-se relativamente à hipótese 1 que a evidência científica demonstra provas conducentes à não rejeição da mesma, uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas, porque dentre as variáveis sociodemográficas as variáveis género, responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal e frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso estão relacionadas com a QVRS, porém as restantes variáveis sociodemográficas não apresentam relação estatisticamente significativa. Vitorino *et al.* (2013), Martins (2016) e Daniel *et al.*

(2018) corroboram com a evidência científica identificada no concelho de FCR, na qual se denota que as variáveis sociodemográficas influenciam a percepção que os idosos institucionalizados possuem da sua QVRS.

De evidenciar, no concelho de FCR, que a variável género apresenta uma forte relação com a QVRS, o que reforça os achados reconhecidos por Vitorino *et al.* (2013) na qual a percepção da QV é influenciada pelas variáveis sociodemográficas, como a idade, género, estado civil, escolaridade e a atividade lúdica. Em similaridade, Martins (2016) identifica que a percepção da QV demonstra possuir efeito da variável género e Daniel *et al.* (2018) aponta que as características sociodemográficas como a idade e o género condicionam a percepção da QV. Colocando ênfase na população idosa, dados do ano de 2018, mostram que em Portugal residem 10.283.822 habitantes, dos quais 22% possuem 65 ou mais anos de idade, sendo maioritariamente do género feminino (Pordata, 2019b). Analisando o contexto institucional no concelho de FCR, maioritariamente os idosos são do género feminino com 58,6%. O referido, surge em consequência da maior longevidade que acomete a população do género feminino, que inevitavelmente se confronta pelo desenvolver de multipatologias, que limitam a capacidade de permanecer no seio familiar, implicando a necessidade de recorrer à institucionalização (Daniel *et al.*, 2018). Almeida e Rodrigues (2008) e Daniel *et al.* (2018), ao avaliar a QV dos idosos, denotam que esta se degrada, em ambos os géneros, com o aumento da idade, porém este declínio é mais acentuado no género feminino, verificando-se um nível superior de QV nos idosos do género masculino. O referido, justifica a importância das instituições de apoio ao idoso desenvolverem medidas centradas no paradigma do Envelhecimento Ativo, promovendo à porção sénior uma vivência ativa, em termos físicos, mentais e sociais, com o propósito de fomentar a sua QVRS ao longo desta etapa do ciclo vital, e assim minorar as discrepâncias detetáveis na avaliação da QVRS dos idosos institucionalizados mediante o seu género.

Como verificado na realidade presente no concelho de FCR, a variável responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal estabelece uma forte relação com a QVRS, porém Paúl (1996), Paúl e Ribeiro (2012) e Vieira *et al.* (2016) salientam que em consequência da incapacidade física e psíquica que acomete o idoso, assim como das imperativas da casuística contemporânea, se verifica frequentemente a impossibilidade da pessoa idosa permanecer no seu meio natural – o familiar – implicando a necessidade de recorrer à institucionalização. Segundo Almeida e Rodrigues (2008), Silva (2010) e Santos *et al.* (2013) cabe aos Gestores de Unidades de Saúde desenvolver condições diferenciadas, profícuas ao cuidar, atendendo às necessidades, considerando o idoso como o centro da sua atuação, integrante este de um contexto familiar e social que deve de igual modo ser observado, zelando pela independência,

autonomia e QV dos seus beneficiários, a fim de que a decisão pela institucionalização, seja partilhada pelo idoso e sua família, e considerada como mais a adequada.

Em sequência, no concelho de FCR, enaltece-se que a variável frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso apresenta uma forte relação com a QVRS, o que vai de encontro aos achados de Vitorino *et al.* (2013), na qual a perceção da QV é influenciada pelas variáveis sociodemográficas, como a idade, género, estado civil, escolaridade e a atividade lúdica. Em complemento, Vieira (2015) salienta que as atividades desenvolvidas pelas instituições de apoio ao idoso promovem o Envelhecimento Ativo, permitindo à porção sénior uma vivência ativa, em termos físicos, mentais e sociais, o que contribui para o seu bem-estar. Carvalho (2016) refere que os idosos reconhecem a importância da realização de atividades e o impacto que estas possuem na melhoria da sua QV, salientando-se que a maioria dos idosos refere que desde que pratica as atividades promovidas pela instituição de apoio ao idoso na qual está inserido, sente uma melhoria do seu estado de saúde física e mental. Camões *et al.* (2016) e Camelo *et al.* (2016) fortificam o descrito, evidenciando que ao avaliar a QV atendendo à prática regular de exercício físico, os idosos que realizam atividade física apresentam um nível superior em comparação com os que não a praticam regularmente. Freitas e Scheicher (2010) comprovam resultados similares, ao destacar que a QV dos idosos tende a ser percecionada negativamente quando os utentes integram instituições de apoio ao idoso que não auferem de atividades recreativas. Assim, denota-se a importância de os Gestores de Unidades de Saúde, aquando em chefia de instituições de apoio ao idoso, encetarem pela promoção de atividades lúdicas, contribuindo para o Envelhecimento Ativo da população beneficiária. Porém, e como complemento à análise efetuada é possível através da análise da matriz das correlação de *Pearson* verificar as relações entre as oito dimensões da QVRS e as variáveis sociodemográficas em estudo (tabelas 17 e 18).

Tabela 17 – Coeficientes de correlação de *Pearson* e níveis de significância correspondentes entre as dimensões da QVRS e as variáveis sociodemográficas – idade; género; estado civil; zona de proveniência; escolaridade; e profissão na vida ativa.

		Idade	Género	Estado civil	Zona de proveniência	Escolaridade	Profissão na vida ativa
FF	Correlação de <i>Pearson</i>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>
	Significância (2 extremidades)	.	.	.	.	.	.
DF	Correlação de <i>Pearson</i>	- 0,023	0,095	- 0,039	0,055	0,084	0,036
	Significância (2 extremidades)	0,755	0,192	0,592	0,452	0,247	0,622
DR	Correlação de <i>Pearson</i>	- 0,115	0,287 <sup>*</sup>	0,178 <sup>*</sup>	0,146 <sup>*</sup>	- 0,031	0,000
	Significância (2 extremidades)	0,115	<b>0,000</b>	<b>0,014</b>	<b>0,044</b>	0,668	0,997
SG	Correlação de <i>Pearson</i>	- 0,013	0,127 <sup>**</sup>	0,018	0,095	- 0,006	0,039
	Significância (2 extremidades)	0,858	<b>0,079</b>	0,804	0,191	0,933	0,588
VT	Correlação de <i>Pearson</i>	0,032	0,006	- 0,043	- 0,067	- 0,139 <sup>**</sup>	0,003
	Significância (2 extremidades)	0,656	0,931	0,557	0,356	<b>0,055</b>	0,964
FS	Correlação de <i>Pearson</i>	- 0,029	- 0,066	- 0,058	- 0,040	0,052	- 0,004
	Significância (2 extremidades)	0,689	0,364	0,425	0,583	0,473	0,956
DE	Correlação de <i>Pearson</i>	0,015	0,080	- 0,112	0,001	0,096	- 0,045
	Significância (2 extremidades)	0,841	0,271	0,121	0,987	0,186	0,540
SM	Correlação de <i>Pearson</i>	- 0,140 <sup>**</sup>	0,107	0,031	0,062	- 0,047	0,063
	Significância (2 extremidades)	<b>0,054</b>	0,139	0,669	0,391	0,516	0,390

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\* A correlação é significativa no nível 0,10 (2 extremidades).  
a. Não é possível calcular porque pelo menos uma das variáveis é constante.

Fonte: Própria.

Tabela 18 – Coeficientes de correlação de Pearson e níveis de significância correspondentes entre as dimensões da QVRS e as variáveis sociodemográficas – tipologia de resposta formal; responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal; motivo pela opção da tipologia de resposta formal; coabitação; frequência das visitas dos filho(a)(s) e/ou familiares; frequência da participação nas atividades lúdicas promovidas pela instituição; e atividade lúdica de eleição.

		Tipologia de resposta formal	Responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal	Motivo pela opção da tipologia de resposta formal	Coabitação	Frequência das visitas dos filho(a)(s) e/ou familiares	Frequência da participação nas atividades lúdicas promovidas pela instituição	Atividade lúdica de eleição
FF	Correlação de Pearson	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>
	Significância (2 extremidades)	.	.	.	.	.	.	.
DF	Correlação de Pearson	- 0,033	- 0,166*	- 0,075	0,073	0,055	- 0,478*	0,014
	Significância (2 extremidades)	0,650	<b>0,022</b>	0,300	0,317	0,451	<b>0,000</b>	0,850
DR	Correlação de Pearson	0,072	0,001	- 0,158*	0,129**	- 0,071	- 0,140**	0,106
	Significância (2 extremidades)	0,325	0,986	<b>0,020</b>	<b>0,075</b>	0,326	<b>0,053</b>	0,143
SG	Correlação de Pearson	- 0,037	- 0,023	- 0,174*	0,154*	- 0,007	- 0,139**	0,087
	Significância (2 extremidades)	0,613	0,754	<b>0,016</b>	<b>0,033</b>	0,927	<b>0,055</b>	0,231
VT	Correlação de Pearson	- 0,015	0,022	- 0,130**	- 0,025	- 0,035	- 0,054	0,125**
	Significância (2 extremidades)	0,837	0,767	<b>0,073</b>	0,727	0,632	0,456	<b>0,085</b>
FS	Correlação de Pearson	- 0,142**	0,007	0,006	- 0,013	- 0,076	- 0,135**	0,043
	Significância (2 extremidades)	<b>0,050</b>	0,925	0,934	0,858	0,298	<b>0,063</b>	0,557
DE	Correlação de Pearson	0,006	- 0,216*	- 0,031	0,094	0,056	- 0,355*	- 0,019
	Significância (2 extremidades)	0,931	<b>0,003</b>	0,670	0,196	0,445	<b>0,000</b>	0,794
SM	Correlação de Pearson	0,069	- 0,076	- 0,050	- 0,035	- 0,038	- 0,196*	0,045
	Significância (2 extremidades)	0,345	0,294	0,493	0,626	0,603	<b>0,007</b>	0,537

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\* A correlação é significativa no nível 0,10 (2 extremidades).

a. Não é possível calcular porque pelo menos uma das variáveis é constante.

Fonte: Própria.

No que diz respeito às dimensões DF e DE verifica-se a existência de relação estatisticamente significativa com a variável responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal e a variável frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso (significância inferior a 5%) (tabelas 17 e 18). Relativamente à dimensão DR evidencia-se a presença de relação estatisticamente significativa com as variáveis género, estado civil, proveniência e motivo pela opção da tipologia de resposta formal (significância inferior a 5%) (tabelas 17 e 18). Em adição, a dimensão SG apresenta relação estatisticamente significativa com as variáveis motivo pela opção da tipologia de resposta formal e coabitação (significância inferior a 5%) e a dimensão SM denota relação estatisticamente significativa com a variável frequência com que participa nas atividades lúdicas (significância inferior a 5%) (tabelas 17 e 18). As dimensões VT e FS não apresentam relação estatisticamente significativa com as variáveis sociodemográficas, à significância de 5% (tabelas 17 e 18). Vitorino *et al.* (2013), Martins (2016) Daniel *et al.* (2018) corroboram com a evidência descrita, na medida em que a percepção da QV dos idosos institucionalizados apresenta relação com as características sociodemográficas. Todavia, e considerando um nível de significância de 10%, verifica-se um aumento no número de relações estatisticamente significativas entre as dimensões da QVRS e as características sociodemográficas (tabelas 17 e 18), o que se apresenta passível de potenciar positivamente a gestão das instituições de apoio

ao idoso, face ao adequar dos processos de decisão, aquando da implementação de medidas referentes às temáticas integrantes das dimensões da QVRS e variáveis sociodemográficas em causa, permitindo uma intervenção dirigida à realidade presente.

Após investigar a relação entre a QVRS e as variáveis sociodemográficas estabelecidas e mediante o número de variáveis sociodemográficas em estudo, ponderou-se em complemento, a realização de uma análise fatorial, contudo e considerando o valor de KMO obtido de 0,528 (significância inferior a 5%) decide-se pela não realização da mesma, uma vez que este valor indica que a análise fatorial é desadequada.

#### 4.2.2 Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com Saúde e a tipologia de resposta formal

No que se refere à hipótese 2 - *Existem diferenças no que se refere às perceções da QVRS dos idosos institucionalizados no concelho de FCR em função da tipologia de resposta formal de apoio ao idoso em usufruto*, e de modo a averiguar a afirmação ou infirmação da hipótese, procede-se ao estudo da correlação, através da análise da matriz de correlação de *Pearson* (tabela 19), com o intuito de explorar a relação entre a QVRS e suas oito dimensões com a variável - tipologia de resposta formal, depreendendo-se que não existem correlações estatisticamente significativas, à significância de 5%.

Tabela 19 – Coeficientes de correlação de *Pearson* e níveis de significância correspondentes entre a QVRS e as suas dimensões com a variável sociodemográfica tipologia de resposta formal.

		QVRS	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
<b>Tipologia de resposta formal</b>	Correlação de <i>Pearson</i>	- 0,016	. <sup>a</sup>	- 0,033	0,072	- 0,037	- 0,015	- 0,142	0,006	0,069
	Significância (2 extremidades)	0,825	.	0,650	0,325	0,613	0,837	0,050	0,931	0,345

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

a. Não é possível calcular porque pelo menos uma das variáveis é constante.

Fonte: Própria.

Porém, e com o intuito de confirmar a evidência científica identificada, atendendo à hipótese em destaque, procedeu-se à análise da correlação através do coeficiente de contingência C de *Cramer*, entre a QVRS e a variável tipologia de resposta formal, destacando-se a existência de uma fraca relação, mediante apresentação de valor de C de *Cramer* baixo, próximo de 0 (valor de C de *Cramer* 0,071, com uma significância superior a 5%). Decide-se assim, pela não rejeição (ou seja, validação) da hipótese, uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas, na medida em que a variável tipologia de resposta formal não apresenta relação estaticamente significativa com a QVRS e suas dimensões. O identificado no concelho de FCR enquadra-se no referido por Campos e Neto (2008), na medida em que a QVRS é entendida como o valor concedido à vida, em resultado das alterações funcionais, das perceções e condições sociais que derivam da patologia e seus tratamentos, assim como da organização política e económica do sistema assistencial. Ou seja, constitui-se como um

conceito de carácter multidimensional, que abrange as dimensões físicas, psicológicas e sociais, passíveis de subdivisão em outras dimensões, a fim de auferir uma conclusão acerca da percepção individual acerca destas (subjetividade), tendo presente que esta não é estanque com o decorrer do tempo (dinamismo) (Pimentel, 2006). Assim, e mediante a caracterização do conceito de QVRS, e apesar da variável - tipologia de resposta formal – se integrar no contexto, nomeadamente no sistema assistencial, de acordo com os pressupostos da Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, justifica-se, face à vasta panóplia de intervenientes, que esta não adquire significância estatística na relação que estabelece com a variável QVRS. Porém, esta catapulta níveis elevados de QV nos idosos institucionalizados segundo Santos *et al.* (2013) e Medeiros *et al.* (2017) o que corrobora a positividade no seu investimento, por partes dos Gestores de Unidades de Saúde.

Em desfecho, e mediante as evidências científicas resultantes da análise inferencial, apresentam-se os resultados advindos (figura 6) tendo por base o modelo de análise em foco, culminando na conceção de uma súpula das relações existentes entre a QVRS e as variáveis independentes integradas na investigação.

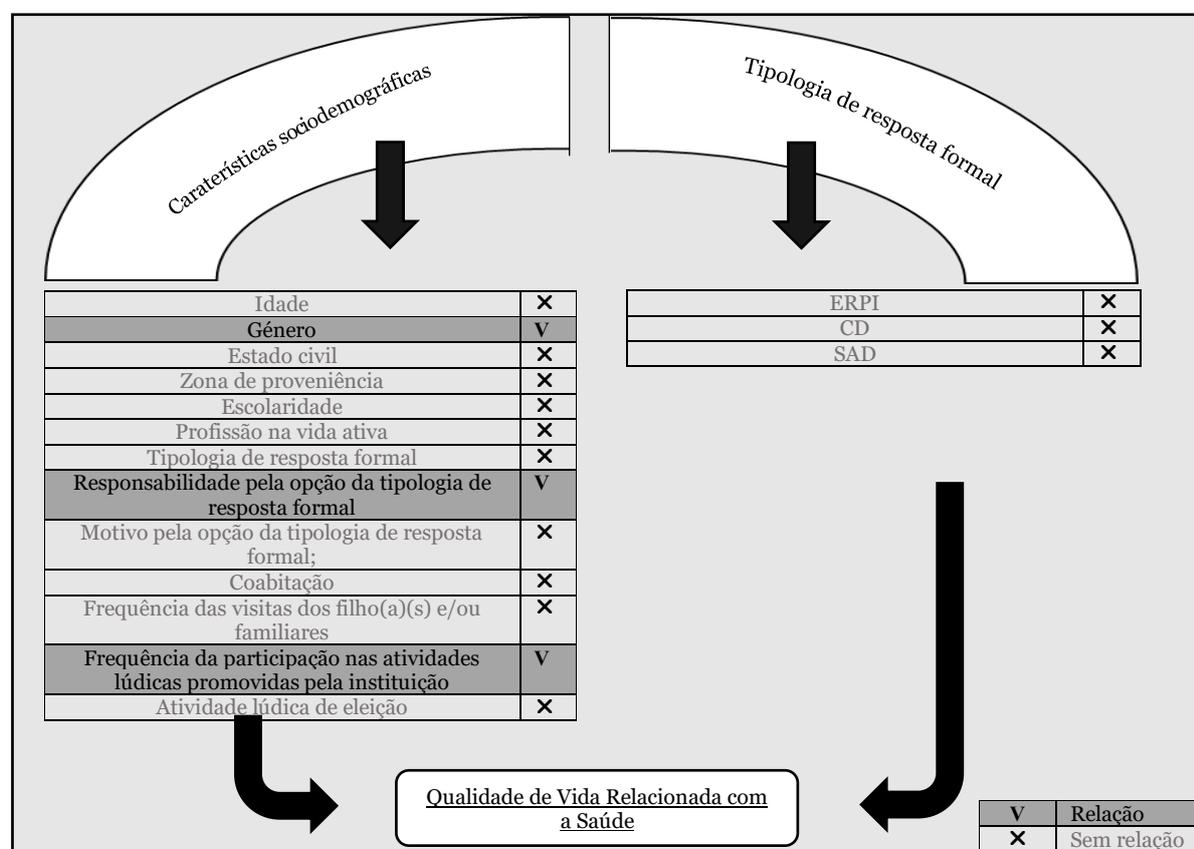


Figura 6 – Resultados da investigação atendendo ao modelo de análise.  
Fonte: Própria.

## Conclusões

Segundo a DGS (2004) o envelhecimento demográfico e as mutações no padrão epidemiológico, assim como na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade contemporânea, incitam novas necessidades, impelindo aos sistemas de saúde o organizar das suas respostas, potenciando o desenvolver de ações salutogénicas, zelando pela QVRS dos beneficiários. O foco regeu a investigação, a fim de identificar de medidas de gestão adequadas ao contexto institucional, uma vez que este é o preferencial quando o idoso se encontra interdito de permanecer no seu meio natural, em consequência das alterações no seu estado de saúde decorrentes do envelhecimento. A deteção empírica de resultados representativos é uma máxima da investigação, sendo que para a assegurar, se abarcou toda a população institucionalizada no concelho de FCR, nas onze IPSS de apoio ao idoso existentes, que cumpriam os critérios definidos, obtendo-se uma população-alvo constituída por 191 idosos.

Em termos sociodemográficos, estes compreendem uma idade média de 83,59 anos, sendo maioritariamente do género feminino, estado civil conducente à viuvez, provenientes de meio rural, com o 4.º ano de escolaridade e uma profissão na vida ativa associada ao setor primário. A maior porção dos idosos institucionalizados encontra-se em usufruto de resposta ERPI, seguido da resposta SAD e em menor porção a resposta CD, sendo que a responsabilidade pela sua opção advém do(a)s filho(a)s, motivada essencialmente por problemas de saúde. Aquando em usufruto de respostas formais não residenciais – CD e SAD – em termos de coabitação, os idosos maioritariamente habitam sozinhos. Os idosos recebem visitas dos filho(a)s e/ou familiares ocasionalmente. Relativamente ao quotidiano lúdico, participam nas atividades promovidas pela instituição de apoio ao idoso na qual se inserem diariamente, destacando-se como atividades lúdicas de eleição as manuais.

Através do emprego do questionário de estado de saúde – SF-36, demarca-se que a população institucionalizada no concelho de FCR apresenta uma perceção alta relativamente à sua QVRS e suas componentes. Atendendo às oito dimensões que compõem a QVRS, discrimina-se em similaridade, que a perceção é alta em todas as dimensões, à exceção da dimensão SG. Em resultado, e considerado as características sociodemográficas, é possível verificar que a QVRS é maioritariamente classificada como alta quando os idosos apresentam uma idade entre os 76 e os 86 anos, são do género feminino, possuem um estado civil conducente à viuvez, são oriundos de um contexto rural, possuem o 4.º ano de escolaridade, e uma profissão na vida ativa associada a atividades integrantes do setor primário. Porém, e colocando ênfase no contexto institucional, destaca-se que a QVRS é predominantemente percecionada com alta quando os idosos usufruem da resposta ERPI, quando a responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal é própria e o motivo pela opção da tipologia de resposta formal advém de problemas de saúde. Contudo, quando em usufruto

de respostas formais não residenciais (CD e SAD), evidencia-se que predominantemente a percepção da QVRS é alta nos idosos que vivem sozinhos. No que se refere à frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam verifica-se que a percepção da QVRS é maioritariamente alta quando esta é ocasional. Atendendo ao contexto lúdico, identifica-se que a QVRS é predominantemente alta quando a frequência com que participam nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso é diária e quando a atividade lúdica de eleição se enquadra na categoria das manuais. Em análise às oito dimensões da QVRS, a realidade descrita tende a manter-se, todavia com algumas *nuances* na dimensão SG, em consequência da população-alvo apresentar, em termos *major*, uma percepção baixa face a esta.

Perspetivando a avaliação do grau de associação entre a variável dependente QVRS e as variáveis independentes – características sociodemográficas e tipologia de resposta formal, latentes nas hipóteses de investigação, denota-se que as variáveis sociodemográficas género, responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal e frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso apresentam uma forte relação com a QVRS. Porém, da análise entre a QVRS e a variável independente - tipologia de resposta formal, verifica-se a existência de uma fraca relação.

No concelho de FCR, maioritariamente os idosos são do género feminino, o que corrobora com os estudos demográficos realizados a nível nacional no ano de 2018 segundo a Pordata (2019b). O aumento da longevidade da população do género feminino em Portugal é acompanhada pelo surgir de processos patológicos, que afetam a vivência, e justificam a premência das instituições de apoio ao idoso (Daniel *et al.*, 2018). Almeida e Rodrigues (2008) e Daniel *et al.* (2018), ao avaliar a QV dos idosos, denotam que esta se degrada, em ambos os géneros, com o aumento da idade, porém este declínio é mais acentuado no género feminino, verificando-se um nível superior de QV nos idosos do género masculino. O referido eleva a pertinência de implementar medidas congruentes com o paradigma do Envelhecimento Ativo, nas instituições de apoio ao idoso, potenciando a QVRS dos seus beneficiários, independentemente do seu género, apaziguando as diferenças identificadas.

Paúl e Ribeiro (2012) e Vieira *et al.* (2016) salientam que em efeito da incapacidade física e psíquica que acomete o idoso, assim como das imperativas da casuística contemporânea, se verifica frequentemente a impossibilidade deste permanecer no seu meio natural, implicando a necessidade da institucionalização. Segundo Almeida e Rodrigues (2008), Silva (2010) e Santos *et al.* (2013) cabe aos Gestores de Unidades de Saúde desenvolver condições diferenciadas, profícuas ao cuidar, atendendo às necessidades, considerando o idoso como o centro da sua ação, integrante este de um contexto familiar e social que deve de igual modo ser observado, zelando pela independência, autonomia e QV dos seus beneficiários, a

fim de que a decisão pela institucionalização seja partilhada pelo idoso e família, e considerada como mais a adequada, vigorando na dignificação da vivência desta etapa do ciclo vital.

No seguimento, Vieira (2015) salienta que as atividades lúdicas desenvolvidas pelas instituições de apoio ao idoso promovem o Envelhecimento Ativo, permitindo à porção sénior uma vivência ativa, em termos físicos, mentais e sociais, o que contribui para o seu bem-estar. Carvalho (2016) refere que os idosos reconhecem a importância da realização de atividades e o impacto que estas possuem na melhoria da sua QV, salientando-se que a maioria dos idosos refere que desde que pratica as atividades promovidas pela instituição de apoio ao idoso na qual está inserido, sente uma melhoria do seu estado de saúde físico e mental. Mediante o referido, enfatiza-se a necessidade das instituições de apoio ao idoso promoverem atividades lúdicas, contribuindo para o Envelhecimento Ativo da população beneficiária.

Face ao referido, e em complementaridade com as evidências de Campos e Neto (2008), a QVRS é entendida como o valor concedido à vida, em resultado das alterações funcionais, das perceções e condições sociais que derivam da patologia e seus tratamentos, assim como da organização política e económica do sistema assistencial. Constitui-se como um conceito de carácter multidimensional, que abrange as dimensões físicas, psicológicas e sociais, passíveis de subdivisão em outras dimensões, a fim de auferir uma conclusão acerca da perceção individual acerca destas (subjetividade), tendo presente que esta não é estanque com o decorrer do tempo (dinamismo) (Pimentel, 2006). Assim, e apesar da variável - tipologia de resposta formal – se integrar no contexto, nomeadamente no sistema assistencial, de acordo com os pressupostos da Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, fundamenta-se, face à vasta panóplia de intervenientes, o facto de por si só, não adquirir significância estatística na relação que estabelece com a variável QVRS. Porém, esta catapultou níveis elevados de QV nos idosos institucionalizados segundo Santos *et al.* (2013) e Medeiros *et al.* (2017) o que corrobora a positividade no seu investimento, no processo de gestão de uma instituição de apoio ao idoso.

A destacar, a premência dos Gestores de Unidades de Saúde materializarem medidas no seio das variáveis identificadas, a fim de reforçar a eficácia, eficiência e efetividade das respostas disponibilizadas pelas instituições de apoio ao idoso, permitindo a manutenção dos elevados níveis de QVRS na resposta ERPI, assim como o seu fomento nas respostas não residenciais – CD e SAD. Praça (2012) fortifica o referido na medida em que a adequabilidade das respostas formais de apoio ao idoso é passível de concretização através da avaliação da QVRS, na medida em que a dimensão associada a saúde é determinante no nível de QV do Ser Humano, e a sua mensuração se constitui como auxílio à deliberação em processos de decisão, no âmbito da gestão de uma instituição de apoio ao idoso. O referido fundamenta a pertinência da apresentação futura dos resultados nas onze IPSS de apoio ao idoso do concelho de FCR com o desígnio de adaptar a sua ação. O paradigma do Envelhecimento Ativo deve ser

considerado o cerne orientador das ações de gestão das instituições de apoio ao idoso, desenvolvendo medidas que visem munir a população sénior de capacidades que lhe permitam ser agentes ativos no controlo do seu processo vivencial, sugerindo-se a posse de uma equipa multidisciplinar, a integração da família e o contacto com a comunidade, como exemplos que acompanham ao reconhecimento da institucionalização como uma opção benéfica.

Mediante a identificação de uma classificação alta da perceção relativamente à QVRS, aquando em usufruto da resposta ERPI, salienta-se a necessidade de manter o investimento na tipologia de resposta em foco, a fim de responder às exigências advindas do envelhecimento demográfico. A este, associa-se o aumento da probabilidade da génese de multipatologias, e consequente aumento do nível de dependência, o que prioriza a necessidade de cuidados específicos ao idoso, com o intuito de assegurar QVRS (Paúl e Ribeiro, 2012). Porém, e perante a importância que adquire o bem saúde, a concretização de investigações que ajuízem a necessidade de um investimento por parte do Ministério da Saúde, e não apenas da Segurança Social nas instituições de apoio ao idoso (equiparando-as a Unidades de Cuidados Continuados), a fim de evitar alterações na QVRS dos idosos integrados, aquando da saída (temporária ou permanente) do idoso da instituição para receber cuidados médicos, passíveis de ser realizados na instituição se tal investimento se verificasse. Em paralelo, a redução da despesa, relativa ao custo do transporte, cuidados médicos e/ou acompanhamento, seria uma realidade de igual modo verificável. Em acoplagem, e uma vez que a maioria das instituições de apoio ao idoso possuem, além da resposta ERPI, a oferta de CD e/ou SAD, este iria concomitantemente refletir-se positivamente no aumento da QVRS dos beneficiários de respostas formais não residenciais. A edificação de investigações através da integração de idosos a usufruir unicamente das respostas CD e SAD, apresenta-se como uma sugestão, com o intuito de aumentar o conhecimento do contexto, e por conseguinte do nível de QVRS dos idosos beneficiários através da implementação de medidas adequadas às *nuances* contextuais.

De acordo com o INE (2017) o envelhecimento demográfico é uma realidade presente a nível nacional e que se espelha no concelho de FCR. Este localiza-se no quadrante nordeste do distrito da Guarda, retratando um exemplo clássico de uma região do Interior do país. Visando o conhecimento da QVRS dos idosos institucionalizados no território nacional, sugere-se a realização de investigações, comparando a QVRS dos idosos institucionalizados no Interior e no Litoral, permitindo avaliar, se em decorrência da região onde o idoso de encontra institucionalizado, esta se altera. A linha futura citada aponta-se como uma solução à limitação conducente a materialização do estudo num único concelho. Na conjuntura, e apesar da atualidade da temática, a inexistência de investigações similares metodologicamente, limita a análise comparativa, sugerindo-se o investimento na presente área de intervenção, mediante conceções réplicas de investigações desenvolvidas, permitindo o avolumar do avanço

científico. No seio metodológico, de salientar que o instrumento empregado para avaliar o estado de saúde da população institucionalizada – SF-36, apesar de adequado segundo Ferreira (2000) à população-alvo, no decurso da colheita de dados foi mensurado como detentor de exigências interpretativas, porém e face à sua aplicação sob entrevista, o potencial enviesamento dos dados foi atenuado. Contudo, a concretização das entrevistas, para aplicação do questionário, é apontada com a dificuldade *major* vivenciada, na medida em que condicionalismos adstritos à IPSS e aos idosos integrados impeliram o aumento do espaço temporal da colheita de dados, assim como o aumento da carga psicológica, face a necessidade de conciliação com a atividade laboral. Em continuidade, o tempo programado para as entrevistas excedeu também a duração previamente estabelecida, na medida em que os idosos suplementavam as respostas com as suas experiências vivenciais, o que culminou no aumento do número de visitas às IPSS, acompanhadas por um sentimento de conforto, pela confiança e carinho que os idosos demonstravam.

As dificuldades vigoraram ao longo da investigação, particularmente em consequência da necessidade de a conciliar com a atividade profissional, a vida pessoal e familiar, e os obstáculos característicos de uma investigação, em particular o estudo estatístico. Porém a dedicação diária e o apoio familiar constituíram-se como armas de sucesso, sendo que o percurso adotado permitiu a concretização do objetivo investigacional, e por conseguinte a resolução do problema de investigação, uma vez que o conhecimento da perceção da QVRS se constitui como um instrumento auxiliar em processos de decisão na gestão de uma instituição de apoio ao idoso, potenciado a adequação e qualidade das respostas às necessidades emergentes. A apresentação parcial dos resultados investigacionais, sob o formato de póster, no Iº Encontro Ibérico de Medicina Preventiva da Unidade Local de Saúde da Guarda (anexo I) e no 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (anexo II) modelou a presente investigação, em decurso dos contributos advindos das apreciações rececionadas. De salientar que a aceitação dos conteúdos científicos, no seio do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, potenciou a sua publicação na Revista Psicologia, Saúde & Doenças, nomeadamente no Livro de Resumos e no Livro de Atas disponíveis *online*<sup>1</sup>. A identificação de fatores, passíveis de se constituir como aliados à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, é premente na casuística atual, facultando às instituições de apoio ao idoso evidências científicas à tomada de decisão, com vista à promoção da saúde da população beneficiária, o que valoriza a realização de comunicações em encontros científicos e a partilha de experiências. Em síntese, e simultaneamente se salienta que o conhecimento da perceção da QVRS projeta duplos benefícios, contribuindo positivamente na intervenção clínica à população idosa, assim como na sustentabilidade da instituição de apoio ao idoso, face ao adequar da intervenção vindoura.

---

<sup>1</sup>..\..\wordpress.ubi.pt.html

## Bibliografia

- Abrunhosa, M. e Leitão, M. (2012). *Introdução à Psicologia* (3.<sup>a</sup> ed). Porto: Edições ASA.
- Albuquerque, D.; Amancio, D.; Gunther, I. e Higuchi, M. (2018). Contribuições teóricas sobre o envelhecimento na perspectiva dos estudos pessoa-ambiente. *Psicologia USP*, 29 (3), 442-450.
- Almeida, A. e Rodrigues, V. (2008). A Qualidade de Vida da Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 16 (6), 1025-1031.
- Almeida, A.; Silva, J. e Angelo, H. (2013). Importância dos setores primário, secundário e terciário para o desenvolvimento sustentável. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, 9(1), 146-162.
- Alves, P. (1997). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10 (2), 189-198.
- Azevedo, M. (2015). *O Envelhecimento Ativo e a Qualidade de Vida: Uma Revisão Integrativa*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior De Enfermagem Do Porto, Porto, Portugal.
- Benetti, I.; Vieira, M.; Crepaldi, M. e Schneider, D. (2013). Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicologia*, 9 (16), 89-99.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bueno, R.; Vieira, M.; Crepaldi, M. e Schneider, D. (2015). Considerações epistemológicas da perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano sobre o envolvimento paterno. *Psicologia em Revista*, 21 (3), 599-620.
- Camelo, L.; Giatti, L. e Barreto, S. (2016). Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(2): 280-293
- Camões, M.; Fernandes, F.; Silva, B.; Rodrigues, T.; Costa, N. e Bezerra, P. (2016). Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sociocomportamentais. *Motricidade*, 12 (1), 96-105
- Campos, M. e Neto, J. (2008). Qualidade de Vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32 (2), 232-240.
- Carvalho, N. (2016). *A importância da realização de atividades no processo do envelhecimento ativo de idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal.
- Casqueira, T. (2016). *Contributo da família para o processo de institucionalização do idoso*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja.

- Castro, M. e Amorim, I. (2016). Qualidade de Vida e Solidão em Idosos Residentes em Lar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Edição Especial 3), 39-44.
- Castro, V. e Carreira, L. (2015). Atividades de lazer e atitude de idosos institucionalizados: subsídios para a prática de enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 23(2): 307-14.
- Chambel, D. (2016). *Trabalhar Com Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal.
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática* (2.<sup>a</sup> ed.). Coimbra: Almedina
- Cruz, D.; Collet, S. e Nóbrega, V. (2018). Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Adolescentes com DM1 - Revisão Integrativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23 (3), 973-989.
- Daniel, F.; Monteiro, R.; Antunes, S.; Fernandes, R. e Ferreira, P. (2018). Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde de Pessoas Idosas numa Perspetiva de Género. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(2), 59-65.
- Dias, D.; Carvalho, C. e Araújo, C. (2013). Comparação da Percepção Subjetiva de Qualidade de Vida e Bem-estar de Idosos que Vivem Sozinhos, com a Família e Institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16 (1), 127-138.
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Acedido a 2 de fevereiro de 2020 em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Estratégia Nacional Para O Envelhecimento Ativo E Saudável 2017-2025*. Acedido a 15 de abril de 2019 em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.
- Estêvão, S. (2017). *Qualidade de Vida de Idosos em Centro de Dia e em Serviço de Apoio Domiciliário*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Algarve, Portugal.
- Eurostat (2018). *Estrutura populacional e envelhecimento*. Acedido a 8 de abril de 2019 em: [https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing/pt](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt).
- Ferreira, P. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira, P. e Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 21, 2, 15-30

- Ferreira, P.; Ferreira, L. e Pereira, L. (2012). Medidas Sumário Física E Mental De Estado De Saúde Para A População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2):163–171.
- Fonseca, A. (2004). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Fortin, M. (2009a). *Fundamentos e etapas do processo de investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. (2009b). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização (5.ªed)*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, M. e Scheicher, M. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados, *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 13(3):395-401.
- Gonçalves, M. (2015). Doméstica: uma etnografia indiscreta. *Sociologia e Antropologia*,5(2): 599–607.
- Granado, J. (2010). *Determinantes da Qualidade de Vida nos utentes nas Unidades de Média Duração e Reabilitação*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Instituto da Segurança Social (2017). *Guia Prático: Apoios Sociais – Pessoas Idosas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Instituto da Segurança Social (2019). *Guia Prático Inscrição, Alteração E Cessaçao De Serviço Doméstico*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções de População Residente: 2015-2080. Destaque informação à comunicação social*. Acedido a 8 de abril de 2019 em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2).
- Kerlinger, F. (2007). *Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais: Um tratamento conceitual (10.ª ed.)* São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Kuyken, W.; Orley, J.; Power, M. e Herrman, H. (1995). The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From The World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409.
- Marconi, M. e Lakatos, E. (2017). *Técnicas de Pesquisa (8.ªed.)* São Paulo: Atlas.
- Maroco, J. e Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas. (2.ªed.)*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.
- Marques, A. (2004). Velho/Idoso: construindo o sujeito da terceira idade. *Esboços*, 11 (11), 65-71.
- Marques, A. (2017). *Bem-estar Subjetivo e Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal

- Marrachinho, A. (2014). *Qualidade De Vida E Solidão No Idoso Institucionalizado*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Portugal.
- Martins, E. e Szymanski, H. (2004). A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 1, 63-77.
- Martins, R. (2014). *Qualidade De Vida Do Idoso: A Sua Perspetiva E A Do Seu Cuidador Formal*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Martins, R. (2016). *Aptidão Física, Atividade Física E Qualidade De Vida Relacionada Com A Saúde De Idosos*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal
- Martins, R. e Mestre, M. (2014). Esperança e Qualidade de Vida em Idosos. *Millenium*, 47, 153-162.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Matos, M. (2013). *Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico da Guarda, Guarda, Portugal.
- Medeiros, P.; Streit, I.; Fortunato, A.; Hauser, E.; Freddi, J. e Mazo, G. (2017). Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados: Revisão Sistemática de Estudos Quantitativos. *Pensar a Prática*, Goiânia, 20 (1), 150-171.
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2017). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2017*. Lisboa: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
- Morais, C. (2005). *Escalas de Medida, Estatística Descritiva e Inferência Estatística*. Acedido em dezembro 8, 2016 em Repositório do Instituto Politécnico de Bragança: <http://www.ipb.pt/~cmmm/conteudos/estdescr.pdf>.
- Município de FCR (2019). *Enquadramento do Concelho de Figueira de Castelo Rodrigo*. Acedido a 20 de maio de 2019 em: <https://cm-fcr.pt/>.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4.ª ed.). Janeiro: Livpsic.
- Paúl, C. e Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Paúl, M. (1996). *Psicologia dos Idosos: O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Pimental, F. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Pinto, D. (2013). *Por que vão os idosos para lares? Determinantes no internamento De Pessoas Maiores De 65 Anos Em Instituições De Longa Permanência*. Dissertação De Mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal.

- Pires, A. (2018). *Estudo da Qualidade de Vida e do consumo do Medicamento numa população idosa com Hipertensão Arterial e Acidente Vascular Cerebral*: Experiência Profissionalizante na vertente de Investigação, Farmácia Comunitária e Hospitalar. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Pires, M.J. (2009). *Factores de Risco da Doença Coronária e Qualidade de Vida: Estudo Exploratório no Concelho de Odivelas*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Portugal.
- Pordata (2019a). *Números dos municípios e regiões de Portugal: Figueira de Castelo Rodrigo*. Acedido a 20 de maio de 2019 em: [http://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Figueira+de+Castelo+Rodrigo+\(Munic%C3%ADpio\)-8639](http://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Figueira+de+Castelo+Rodrigo+(Munic%C3%ADpio)-8639).
- Pordata (2019b). *Retrato de Portugal na Europa*. (1.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Praça, M. (2012). *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes Nordeste*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal.
- Ribeiro, O. E Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Santos, G. e Santos, L. (2017). Interloquções entre Moreno e Bronfenbrenner no contexto de grupos musicais. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 25 (2), 66-75.
- Santos, R.; Santos, P.; Santos, V. e Duarte, J. (2013). A qualidade de vida do idoso: o caso da Cova da Beira. *Referência*, 11, 37-48.
- Segurança Social (2016). *Apoios Sociais e Programas: Idosos*. Acedido a 3 de junho de 2019 em: <http://www.seg-social.pt/idosos>.
- Segurança Social (2019). *Instituições Particulares de Solidariedade Social: o que é?* Acedido a 6 de junho de 2019 em: <http://www.seg-social.pt/ipss>.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Silva, S. (2010). *Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Soares, A. e Amorim, M. (2015). Qualidade de Vida e Espiritualidade em Pessoas Idosas Institucionalizadas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Edição Especial 2), 45-51.
- Tomás, A. (2017). *Análise do consumo de medicamentos e qualidade de vida de uma população idosa com Diabetes Mellitus: Experiência Profissionalizante na vertente de*

- Farmácia Comunitária, Hospitalar e Investigação*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Portugal.
- Vaz, F. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Idosos residentes nos Lares do Distrito de Bragança*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal.
- Veloso, A. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Vieira, C. (2015). *Atividades / Interação dos idosos institucionalizados com a comunidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima, Portugal.
- Vieira, S.; Anjos, M.; Santos, F.; Damasceno, C.; Sousa, C. e Oliveira, A. (2016). Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista interdisciplinar*, 9 (4), 1-11.
- Vitorino, L.; Paskulin, L. e Vianna, L. (2013). Qualidade de Vida de Idosos da Comunidade e de Instituições de Longa Permanência: estudo comparativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 (9).
- Yunes, M. e Juliano, M. (2010). A Bioecologia do Desenvolvimento Humano e suas Interfaces com Educação Ambiental. *Cadernos de Educação*, 347-379.

## Apêndices

### Apêndice I – Questionário

#### QUESTIONÁRIO

#### Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo

Este questionário tem como objetivo a sustentação de um estudo de investigação, no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, subordinado à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo. É composto por dois grupos - caracterização sociodemográfica e da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

Não existem respostas certas ou erradas, pelo que se solicita que responda às questões que se seguem, de acordo com a sua opinião, contribuindo para a melhoria dos serviços disponibilizados pelas instituições de apoio ao idoso do concelho de Figueira de Castelo Rodrigo.

A confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos serão garantidos.

Ao dispor para o esclarecimento de potenciais aspetos que considere necessários. Grata pela sua colaboração,

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera

(966553952 / mariamfy@live.com.pt)

**Data:**

\_\_(dia)/\_\_(mês)/\_\_\_\_(ano)

**Código de identificação da instituição de apoio ao idoso:**

\_\_\_\_(4 dígitos)

## PARTE I - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

As questões que se seguem referem-se aos seus dados sociodemográficos. Selecione a resposta que mais se adequa a si, à exceção da primeira questão, na qual deve indicar numericamente a sua idade e da última, na qual deve responder ao solicitado de acordo com a sua preferência.

### 1 – Idade (anos):

\_\_\_\_\_

### 2 – Género:

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Feminino

### 3 - Estado civil:

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

### 4 – Zona de proveniência:

<input type="checkbox"/>	Rural
<input type="checkbox"/>	Urbana

### 5 – Escolaridade:

<input type="checkbox"/>	Não sabe ler nem escrever
<input type="checkbox"/>	4.º Ano incompleto
<input type="checkbox"/>	4.º Ano
<input type="checkbox"/>	6.º Ano
<input type="checkbox"/>	9.º Ano
<input type="checkbox"/>	12.º Ano
<input type="checkbox"/>	Curso superior
<input type="checkbox"/>	Outra:

### 6 – Profissão na vida ativa:

	Setor primário (trabalhador agrícola, criador de gado, pescador ou mineiro)
	Setor secundário (construtor civil, trabalhador industrial, electricista, carpinteiro ou pedreiro)
	Setor terciário (trabalhador doméstico, professor, médico ou gestor)
	Outra:

### 7 - Tipologia de resposta formal a usufruir:

	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
	Centro de Dia
	Serviço de Apoio Domiciliário

#### 7.1 – A responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal que usufrui advêm:

	Opção própria
	Opção proposta pelo(a)(s) filho(a)(s)
	Opção proposta por outro(s) familiar(es)
	Opção proposta por amigos
	Opção proposta por profissionais da rede de apoio externa (saúde ou ação social)
	Outra:

#### 7.2 - O motivo pela opção da tipologia de resposta formal que usufrui advêm:

	Comprometimento do nível de autonomia
	Problemas de saúde
	Falta de apoio por parte dos familiares
	Solidão
	Condições habitacionais inadequadas
	Evitar a sobrecarga familiar
	Outra:

### 8 – Coabitação:

	Vive sozinho(a)
	Cônjuge
	Filho(a)(s)
	Outro familiar
	Idosos institucionalizados

Outra:
--------

**9 – Frequência com que o(a)(s) seu(s) filho(a)(s) e/ou familiares o(a) visitam:**

Diariamente
Semanalmente
Mensalmente
Ocasionalmente
Nunca
Outra:

**10 - Frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso na qual se insere:**

Diariamente
Semanalmente
Mensalmente
Ocasionalmente
Nunca
Outra:

**11 - Indique a sua atividade lúdica de eleição:**

---

## **PARTE II – CARATERIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE**

As questões que se seguem retratam o questionário do estado de saúde – SF-36, validado para a população portuguesa por Pedro Ferreira no ano de 1998, que objetiva a avaliação genérica do binómio estado de saúde e Qualidade de Vida. Selecione a resposta que mais se adequa a si no que se refere ao seu estado de saúde.

### **Estado Geral**

#### **1 - Em geral, a sua saúde é:**

	Ótima
	Muito boa
	Boa
	Razoável
	Má

#### **2 - Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu presente estado geral:**

	Muito melhor
	Com algumas melhoras
	Aproximadamente igual
	Um pouco pior
	Muito pior

### **Saúde e Atividades Diárias**

#### **3 - As perguntas que se seguem são relativas às atividades do seu dia-a-dia. Será que a sua saúde a limita nestas atividades?**

	Sim, muito limitada	Sim, um pouco limitada	Não, nada limitada
Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos			

Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa			
Levantar e carregar as compras da mercearia			
Subir vários lanços de escadas			
Subir um lanço de escadas			
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se			
Andar mais de 1 Km			
Andar vários quarteirões			
Andar um quarteirão			
Tomar banho ou vestir-se sozinho(a)			

**4 – Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir em consequência do seu estado de saúde?**

	Sim	Não
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades		
Fez menos do que queria		
Sentiu-se limitado(a) no tipo de trabalho ou de atividades		
Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)		

**5 – Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados seguidamente por causa de qualquer problema emocional (tal como sentir-se deprimido(a) ou ansioso(a)).**

	Sim	Não
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades		
Fez menos do que queria		
Não executou o trabalho ou atividades tão cuidadosamente como de costume		

**6 – Durante as últimas, quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?**

	Absolutamente nada
	Pouco
	Moderadamente
	Bastante
	Imenso

**7 – Durante as últimas quatro semanas teve dores?**

	Nenhumas
	Muito fracas
	Ligeiras
	Moderadas
	Fortes
	Muito fortes

**8 – Durante as últimas, quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

	Absolutamente nada
	Pouco
	Moderadamente
	Bastante
	Imenso

### **Os seus Sentimentos**

**9 – As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu durante o último mês. Escolha a forma que melhor descreve a forma como se sentiu? Quanto tempo, nas últimas quatro semanas:**

	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nenhum tempo
Se sentiu cheio(a) de vitalidade?						
Se sentiu muito nervoso(a)?						

Se sentiu tão deprimido(a) que nada o(a) animava?						
Se sentiu calmo(a) e tranquilo(a)?						
Se sentiu com muita energia?						
Se sentiu triste?						
Se sentiu estafado(a)?						
Se sentiu feliz?						
Se sentiu cansado(a)?						

**10 – Durante as últimas, quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)? Trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

	Sempre
	A maior parte do tempo
	Algum tempo
	Pouco tempo
	Nunca

### **Saúde em Geral**

**11 – Diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. \***

	Absolutamente	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
Parece que adoço mais facilmente do que os outros					
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa					
Estou convencido(a) que a minha vida vai piorar					
A minha saúde é excelente					

**Obrigada pela sua colaboração!**

## Apêndice II – Pedidos de autorização para aplicação do questionário nas instituições de apoio ao idoso do concelho de Figueira de Castelo Rodrigo



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Presidente do(a)

\_\_\_\_\_  
(identificação da instituição de apoio ao idoso)

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um questionário.

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera, a frequentar o 2.º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados através da aplicação de um questionário, sob entrevista, aos idosos institucionalizados na instituição em usufruto das respostas Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, tendo em vista a elaboração da Dissertação de Mestrado referente à temática - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, sob orientação da Professora Doutora Anabela Almeida. Aguarda-se deferimento.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos e ao dispor para o esclarecimento de potenciais aspetos que considere necessários.

Figueira de Castelo Rodrigo, 15 de julho de 2019

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

---

### DECISÃO AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Diferido

Indeferido

Data: \_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_ (dia) de \_\_\_\_\_ (mês) de \_\_\_\_\_ (ano)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e/ou carimbo)



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Presidente da  
Associação Cultural Desportiva e Social de Almofalense

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um questionário.

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera, a frequentar o 2.º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados através da aplicação de um questionário, sob entrevista, aos idosos institucionalizados na instituição em usufruto das respostas Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, tendo em vista a elaboração da Dissertação de Mestrado referente à temática - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, sob orientação da Professora Doutora Anabela Almeida. Aguarda-se deferimento.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos e ao dispor para o esclarecimento de potenciais aspetos que considere necessários.

Figueira de Castelo Rodrigo, 15 de julho de 2019

(Assinatura)

#### DECISÃO AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Diferido

Indeferido

Data: Almofala (local), 24 (dia) de julho (mês) de 2019 (ano)

ASSOCIAÇÃO CULTURAL, DESPORTIVA  
E SOCIAL ALMOFALENSE

IPSS  
Cont. PT 903 000 727  
Telex: 271 366 924

RUA DIREITA, 32 • 6440-021 ALMOFALA

(Assinatura e/ou carimbo)

#### Contactos:

Maria Yllera: 966553952 / mariamfy@live.com.pt  
Anabela Almeida: aalmeida@ubi.pt



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Presidente da  
Associação Cultural, Social e de Melhoramentos da Vermiosa

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um questionário.

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera, a frequentar o 2.º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados através da aplicação de um questionário, sob entrevista, aos idosos institucionalizados na instituição em usufruto das respostas Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, tendo em vista a elaboração da Dissertação de Mestrado referente à temática - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, sob orientação da Professora Doutora Anabela Almeida. Aguarda-se deferimento.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos e ao dispor para o esclarecimento de potenciais aspetos que considere necessários.

Figueira de Castelo Rodrigo, 15 de julho de 2019

(Assinatura)

**DECISÃO AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

Diferido

Indeferido

Data: Vermiosa (local), 18 (dia) de Julho (mês) de 2019 (ano)

(Assinatura e/ou carimbo)

Contactos:  
Maria Yllera: 966553952 / mariamfy@live.com.pt  
Anabela Almeida: aalmeida@ubi.pt



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Presidente da  
Associação de Desenvolvimento de Vale de Afonsinho - Associação de Solidariedade Social

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um questionário.

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera, a frequentar o 2.º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados através da aplicação de um questionário, sob entrevista, aos idosos institucionalizados na instituição em usufruto das respostas Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, tendo em vista a elaboração da Dissertação de Mestrado referente à temática - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, sob orientação da Professora Doutora Anabela Almeida. Aguarda-se deferimento.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos e ao dispor para o esclarecimento de potenciais aspetos que considere necessários.

Figueira de Castelo Rodrigo, 15 de julho de 2019

(Assinatura)

**DECISÃO AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

Diferido

Indeferido

Data: Vale de Afonsinho (local), 17 (dia) de julho (mês) de 2019 (ano)

ADVA ASS - Associação de  
Desenvolvimento de Vale de Afonsinho  
(Assinatura e/ou carimbo)  
NIF: 508 676 383  
Vale de Afonsinho, 6440-251

**Contactos:**

Maria Yllera: 966553952 / mariamfy@live.com.pt  
Anabela Almeida: aalmeida@ubi.pt



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Presidente da  
Associação Sócio Cultural da Freixeda do Torrão

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um questionário.

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera, a frequentar o 2.º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados através da aplicação de um questionário, sob entrevista, aos idosos institucionalizados na instituição em usufruto das respostas Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, tendo em vista a elaboração da Dissertação de Mestrado referente à temática - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, sob orientação da Professora Doutora Anabela Almeida. Aguarda-se deferimento.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos e ao dispor para o esclarecimento de potenciais aspetos que considere necessários.

Figueira de Castelo Rodrigo, 15 de julho de 2019

(Assinatura)

**DECISÃO AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

Diferido

Indeferido

Data: Freixeda do Torrão (local), 24 (dia) de julho (mês) de 2019 (ano)



Contribuinte n.º 505 049 910  
(Assinatura e/ou carimbo)

**Contactos:**

Maria Yllera: 966553952 / mariamfy@live.com.pt  
Anabela Almeida: aalmeida@ubi.pt



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia

Ex.º Senhor Presidente da  
Casa da Freguesia de Escalhão

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um questionário.

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera, a frequentar o 2.º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para a recolha de dados através da aplicação de um questionário, sob entrevista, aos idosos institucionalizados na instituição em usufruto das respostas Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, tendo em vista a elaboração da Dissertação de Mestrado referente à temática - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, sob orientação da Professora Doutora Anabela Almeida. Aguarda-se deferimento.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos e ao dispor para o esclarecimento de potenciais aspetos que considere necessários.

Figueira de Castelo Rodrigo, 15 de julho de 2019

(Assinatura)

#### DECISÃO AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Diferido

Indeferido

Data: Escalhão (local), 23 (dia) de Julho (mês) de 2019 (ano)



CASA DA FREGUESIA DE ESCALHÃO

Contribuinte nº 502 914 491

(Assinatura e/ou carimbo)

Sede Telef. Fax 213 440 072

Lar de Idosos Telef.: 271 346 152

1,440-072 ESCALHÃO

Contactos:

Maria Yllera: 966553952 / mariamfy@live.com.pt

Anabela Almeida: aalmeida@ubi.pt



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Presidente do  
Centro de Solidariedade Social da Reigada

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um questionário.

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera, a frequentar o 2.º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados através da aplicação de um questionário, sob entrevista, aos idosos institucionalizados na instituição em usufruto das respostas Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, tendo em vista a elaboração da Dissertação de Mestrado referente à temática - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, sob orientação da Professora Doutora Anabela Almeida. Aguarda-se deferimento.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos e ao dispor para o esclarecimento de potenciais aspetos que considere necessários.

Figueira de Castelo Rodrigo, 15 de julho de 2019

(Assinatura)

**DECISÃO AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

Diferido

Indeferido

Data: Reusada (local), 23 (dia) de Julho (mês) de 2019 (ano)

Centro de Solidariedade Social  
"REIGADA"  
PSS N.º 12064  
NIPC: 506 546 462  
PSS: 20018025493  
  
Rua Estrada (Assinatura e/ou carimbo) ADA

**Contactos:**

Maria Yllera: 966553952 / mariamfy@live.com.pt  
Anabela Almeida: aalmeida@ubi.pt



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Presidente do  
Centro de Solidariedade Social de Algodres

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um questionário.

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera, a frequentar o 2.º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados através da aplicação de um questionário, sob entrevista, aos idosos institucionalizados na instituição em usufruto das respostas Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, tendo em vista a elaboração da Dissertação de Mestrado referente à temática - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, sob orientação da Professora Doutora Anabela Almeida. Aguarda-se deferimento.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos e ao dispor para o esclarecimento de potenciais aspetos que considere necessários.

Figueira de Castelo Rodrigo, 15 de julho de 2019

(Assinatura)

**DECISÃO AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

Diferido

Indeferido

Data: Algodres (local), 20 (dia) de julho (mês) de 2019 (ano)

**CENTRO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL  
DE ALGODRES**  
(Assinatura e selo carimbo)  
NIPC 504 425 390

(Instituição Particular de Solidariedade Social)

**6440-011 / LGODRES FCR**

Contactos:

Maria Yllera: 966553952 / mariamfy@live.com.pt

Anabela Almeida: aalmeida@ubi.pt



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Presidente do  
Centro Social de Mata de Lobos

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um questionário.

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera, a frequentar o 2.º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados através da aplicação de um questionário, sob entrevista, aos idosos institucionalizados na instituição em usufruto das respostas Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, tendo em vista a elaboração da Dissertação de Mestrado referente à temática - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, sob orientação da Professora Doutora Anabela Almeida. Aguarda-se deferimento.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos e ao dispor para o esclarecimento de potenciais aspetos que considere necessários.

Figueira de Castelo Rodrigo, 15 de julho de 2019

(Assinatura)

**DECISÃO AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

Diferido

Indeferido

Data: 15 de julho (local), 15 (dia) de julho (mês) de 2019 (ano)

(Assinatura e/ou carimbo)

Contactos:  
Maria Yllera: 966553952 / mariamfy@live.com.pt  
Anabela Almeida: aalmeida@ubi.pt



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Presidente do  
Douro Social - Associação de Solidariedade Social de Barca d'Alva

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um questionário.

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera, a frequentar o 2.º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados através da aplicação de um questionário, sob entrevista, aos idosos institucionalizados na instituição em usufruto das respostas Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, tendo em vista a elaboração da Dissertação de Mestrado referente à temática - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, sob orientação da Professora Doutora Anabela Almeida. Aguarda-se deferimento.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos e ao dispor para o esclarecimento de potenciais aspetos que considere necessários.

Figueira de Castelo Rodrigo, 15 de julho de 2019

(Assinatura)

**DECISÃO AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

Diferido

Indeferido

Data: Barca d'Alva (local), 16 (dia) de Julho (mês) de 2019 (ano)

**Douro Social - Associação de  
Solidariedade de Barca de Alva**

Cont. 506 862 968

Trav. do Silho, 5 \* 6440-071 Barca de Alva  
(Assinatura e/ou carimbo)

**Contactos:**

Maria Yllera: 966553952 / mariamfy@live.com.pt  
Anabela Almeida: aalmeida@ubi.pt



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Presidente da  
Figueira SOS - Associação de Solidariedade Social

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um questionário.

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera, a frequentar o 2.º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados através da aplicação de um questionário, sob entrevista, aos idosos institucionalizados na instituição em usufruto das respostas Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, tendo em vista a elaboração da Dissertação de Mestrado referente à temática - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, sob orientação da Professora Doutora Anabela Almeida. Aguarda-se deferimento.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos e ao dispor para o esclarecimento de potenciais aspetos que considere necessários.

Figueira de Castelo Rodrigo, 15 de julho de 2019

(Assinatura)

**DECISÃO AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

Diferido

Indeferido

Data: 15 de agosto (local), 20 (dia) de 08 (mês) de 2019 (ano)

(Assinatura e/ou carimbo)

Contactos:  
Maria Yllera: 966553952 / mariamfy@live.com.pt  
Anabela Almeida: aalmeida@ubi.pt



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Presidente da  
Santa Casa da Misericórdia de Figueira de Castelo Rodrigo

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um questionário.

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera, a frequentar o 2.º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados através da aplicação de um questionário, sob entrevista, aos idosos institucionalizados na instituição em usufruto das respostas Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, tendo em vista a elaboração da Dissertação de Mestrado referente à temática - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, sob orientação da Professora Doutora Anabela Almeida. Aguarda-se deferimento.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos e ao dispor para o esclarecimento de potenciais aspetos que considere necessários.

Figueira de Castelo Rodrigo, 15 de julho de 2019

(Assinatura)

**DECISÃO AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

Diferido

Indeferido

Data: fig. Cast. Rodrigo (local), 17 (dia) de julho (mês) de 2019 (ano)

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA  
LAR DE SANTA MARIA DE AGUIAR  
FIGUEIRA DE CASTELO RODRIGO  
Tel.: 271 312 198  
Car. Nº 501 163 190

**Contactos:**

Maria Yllera: 966553952 / mariamfy@live.com.pt  
Anabela Almeida: aalmeida@ubi.pt

## Apêndice III – Consentimento livre, informado e esclarecido



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Gestão e Economia

### CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E ESCLARECIDO

Maria de la Misericórdia Figueiredo e Yllera, estudante do 2.º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, sob orientação da Professora Doutora Anabela Almeida, solicita a sua participação no estudo subordinado à temática – **Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo** – através do preenchimento de um questionário, sob entrevista. O objetivo da investigação assenta em avaliar a perceção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo, a fim de contribuir para a melhoria dos serviços disponibilizados pelas instituições de apoio ao idoso. De salientar que a sua participação é voluntária, pelo que a qualquer momento da investigação pode recusar-se a colaborar na mesma, sem que esta decisão implique qualquer prejuízo. Toda a informação obtida é confidencial, garantindo-se que a sua identidade jamais será revelada no decurso da investigação.

Um sincero agradecimento à atenção dispensada, evidenciando-se que caso aceite participar na investigação deve proceder ao preenchimento da **declaração** abaixo. Subscrevo-me com os melhores cumprimentos e ao dispor para o esclarecimento de potenciais aspetos que considere necessários.

Figueira de Castelo Rodrigo, \_\_\_\_ (dia) de \_\_\_\_\_ (mês) de \_\_\_\_ (ano)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

---

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo),  
declaro que tomei conhecimento acerca do processo investigacional e seu propósito, encontrando-me disponível para o preenchimento do questionário.

Data: \_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_ (dia) de \_\_\_\_\_ (mês) de \_\_\_\_ (ano)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

## Apêndice IV - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica idade

Tabela 20 – Tabulação cruzada: QVRS com a variável sociodemográfica idade.

		QVRS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Idade (%)	Inferior a 66 anos	0,5		0,5
	66 aos 76 anos	9,4	4,2	13,6
	76 aos 86 anos	37,7	13,6	51,3
	Superior a 86 anos	26,7	7,9	34,6
Total (%)		74,3	25,7	100

Fonte: Própria.

Tabela 21 – Tabulação cruzada: dimensão FF com a variável sociodemográfica idade.

		FF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Idade (%)	Inferior a 66 anos	0,5		0,5
	66 aos 76 anos	13,6		13,6
	76 aos 86 anos	51,3		51,3
	Superior a 86 anos	34,6		34,6
Total (%)		100,0		100,0

Fonte: Própria.

Tabela 22 – Tabulação cruzada: dimensão DF com a variável sociodemográfica idade.

		DF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Idade (%)	Inferior a 66 anos	0,5		0,5
	66 aos 76 anos	7,3	6,3	13,6
	76 aos 86 anos	28,8	22,5	51,3
	Superior a 86 anos	19,4	15,2	34,6
Total (%)		56,0	44,0	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 23 – Tabulação cruzada: dimensão DR com a variável sociodemográfica idade.

		DR (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Idade (%)	Inferior a 66 anos	0,5		0,5
	66 aos 76 anos	10,5	3,1	13,6
	76 aos 86 anos	41,9	9,4	51,3
	Superior a 86 anos	27,7	6,8	34,6
Total (%)		80,6	19,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 24 – Tabulação cruzada: dimensão SG com a variável sociodemográfica idade.

		SG (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Idade (%)	Inferior a 66 anos	0,5		0,5
	66 aos 76 anos	5,8	7,9	13,6
	76 aos 86 anos	19,4	31,9	51,3
	Superior a 86 anos	16,2	18,3	34,6
Total (%)		41,9	58,1	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 25 – Tabulação cruzada: dimensão VT com a variável sociodemográfica idade.

		VT (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Idade (%)	Inferior a 66 anos		0,5	0,5
	66 aos 76 anos	5,8	7,9	13,6
	76 aos 86 anos	31,9	19,4	51,3
	Superior a 86 anos	19,4	15,2	34,6

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo

Total (%)	57,1	42,9	100,0
-----------	------	------	-------

Fonte: Própria.

Tabela 26 – Tabulação cruzada: dimensão FS com a variável sociodemográfica idade.

		FS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Idade (%)	Inferior a 66 anos	0,5		0,5
	66 aos 76 anos	10,5	3,1	13,6
	76 aos 86 anos	47,1	4,2	51,3
	Superior a 86 anos	27,2	7,3	34,6
Total (%)		85,3	14,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 27 – Tabulação cruzada: dimensão DE com a variável sociodemográfica idade.

		DE (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Idade (%)	Inferior a 66 anos	0,5		0,5
	66 aos 76 anos	7,3	6,3	13,6
	76 aos 86 anos	29,8	21,5	51,3
	Superior a 86 anos	20,9	13,6	34,6
Total (%)		58,6	41,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 28 – Tabulação cruzada: dimensão SM com a variável sociodemográfica idade.

		SM (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Idade (%)	Inferior a 66 anos	0,5		0,5
	66 aos 76 anos	12,6	1,0	13,6
	76 aos 86 anos	39,3	12,0	51,3
	Superior a 86 anos	24,1	10,5	34,6
Total (%)		76,4	23,6	100,0

Fonte: Própria.

## Apêndice V - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica género

Tabela 29 – Tabulação cruzada: QVRS com a variável sociodemográfica género.

		QVRS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Género (%)	Feminino	41,9	16,8	58,6
	Masculino	32,5	8,9	41,4
Total (%)		74,3	25,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 30 – Tabulação cruzada: dimensão FF com a variável sociodemográfica género.

		FF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Género (%)	Feminino	58,6		58,6
	Masculino	41,4		41,4
Total (%)		100,0		100,0

Fonte: Própria.

Tabela 31 – Tabulação cruzada: dimensão DF com a variável sociodemográfica género.

		DF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Género (%)	Feminino	30,4	28,3	58,6
	Masculino	25,7	15,7	41,4
Total (%)		56,0	44,0	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 32 – Tabulação cruzada: dimensão DR com a variável sociodemográfica género.

		DR (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Género (%)	Feminino	42,4%	16,2%	58,6%
	Masculino	38,2%	3,1%	41,4%
Total (%)		80,6%	19,4%	100,0%

Fonte: Própria.

Tabela 33 – Tabulação cruzada: dimensão SG com a variável sociodemográfica género.

		SG (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Género (%)	Feminino	21,5%	37,2%	58,6%
	Masculino	20,4%	20,9%	41,4%
Total (%)		41,9%	58,1%	100,0%

Fonte: Própria.

Tabela 34 – Tabulação cruzada: dimensão VT com a variável sociodemográfica género.

		VT (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Género (%)	Feminino	34,0%	24,6%	58,6%
	Masculino	23,0%	18,3%	41,4%
Total (%)		57,1%	42,9%	100,0%

Fonte: Própria.

Tabela 35 – Tabulação cruzada: dimensão FS com a variável sociodemográfica género.

		FS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Género (%)	Feminino	51,3	7,3%	58,6%
	Masculino	34,0	7,3%	41,4%
Total (%)		85,3	14,7%	100,0%

Fonte: Própria.

Tabela 36 – Tabulação cruzada: dimensão DE com a variável sociodemográfica género.

		DE (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Género (%)	Feminino	32,5	26,2	58,6
	Masculino	26,2	15,2	41,4
Total (%)		58,6	41,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 37 – Tabulação cruzada: dimensão SM com a variável sociodemográfica género.

		SM (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Género (%)	Feminino	43,5	15,2	58,6
	Masculino	33,0	8,4	41,4
Total (%)		76,4	23,6	100,0

Fonte: Própria.

## Apêndice VI - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica estado civil

Tabela 38 – Tabulação cruzada: QVRS com a variável sociodemográfica estado civil.

		QVRS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Estado civil (%)	Viúvo(a)	46,1%	15,7%	61,8%
	Casado(a)/União de facto	19,9%	6,8%	26,7%
	Solteiro(a)	5,8%	2,6%	8,4%
	Divorciado(a)/Separado(a)	2,6%	0,5%	3,1%
Total (%)		74,3%	25,7%	100,0%

Fonte: Própria.

Tabela 39 – Tabulação cruzada: dimensão FF com a variável sociodemográfica estado civil.

		FF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Estado civil (%)	Viúvo(a)	61,8%		61,8%
	Casado(a)/União de facto	26,7%		26,7%
	Solteiro(a)	8,4%		8,4%
	Divorciado(a)/Separado(a)	3,1%		3,1%
Total (%)		100,0%		100,0%

Fonte: Própria.

Tabela 40 – Tabulação cruzada: dimensão DF com a variável sociodemográfica estado civil.

		DF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Estado civil (%)	Viúvo(a)	35,1%	26,7%	61,8%
	Casado(a)/União de facto	14,7%	12,0%	26,7%
	Solteiro(a)	4,2%	4,2%	8,4%
	Divorciado(a)/Separado(a)	2,1%	1,0%	3,1%
Total (%)		56,0%	44,0%	100,0%

Fonte: Própria.

Tabela 41 – Tabulação cruzada: dimensão DR com a variável sociodemográfica estado civil.

		DR (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Estado civil (%)	Viúvo(a)	48,7%	13,1%	61,8%
	Casado(a)/União de facto	21,5%	5,2%	26,7%
	Solteiro(a)	7,9%	0,5%	8,4%
	Divorciado(a)/Separado(a)	2,6%	0,5%	3,1%
Total (%)		80,6%	19,4%	100,0%

Fonte: Própria.

Tabela 42 – Tabulação cruzada: dimensão SG com a variável sociodemográfica estado civil.

		SG (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Estado civil (%)	Viúvo(a)	26,2%	35,6%	61,8%
	Casado(a)/União de facto	9,4%	17,3%	26,7%
	Solteiro(a)	4,2%	4,2%	8,4%
	Divorciado(a)/Separado(a)	2,1%	1,0%	3,1%
Total (%)		41,9%	58,1%	100,0%

Fonte: Própria.

Tabela 43 – Tabulação cruzada: dimensão VT com a variável sociodemográfica estado civil.

		VT (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Estado civil (%)	Viúvo(a)	35,1%	26,7%	61,8%
	Casado(a)/União de facto	17,8%	8,9%	26,7%

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo

	Solteiro(a)	3,1%	5,2%	8,4%
	Divorciado(a)/Separado(a)	1,0%	2,1%	3,1%
	Total (%)	57,1%	42,9%	100,0%

Fonte: Própria.

Tabela 44 – Tabulação cruzada: dimensão FS com a variável sociodemográfica estado civil.

		FS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Estado civil (%)	Viúvo(a)	53,9%	7,9%	61,8%
	Casado(a)/União de facto	22,5%	4,2%	26,7%
	Solteiro(a)	7,3%	1,0%	8,4%
	Divorciado(a)/Separado(a)	1,6%	1,6%	3,1%
Total (%)		85,3%	14,7%	100,0%

Fonte: Própria.

Tabela 41 – Tabulação cruzada: dimensão DE com a variável sociodemográfica estado civil.

		DE (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Estado civil (%)	Viúvo(a)	38,7%	23,0%	61,8%
	Casado(a)/União de facto	14,1%	12,6%	26,7%
	Solteiro(a)	3,7%	4,7%	8,4%
	Divorciado(a)/Separado(a)	2,1%	1,0%	3,1%
Total (%)		58,6%	41,4%	100,0%

Fonte: Própria.

Tabela 45 – Tabulação cruzada: dimensão SM com a variável sociodemográfica estado civil.

		SM (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Estado civil (%)	Viúvo(a)	47,1%	14,7%	61,8%
	Casado(a)/União de facto	20,9%	5,8%	26,7%
	Solteiro(a)	5,8%	2,6%	8,4%
	Divorciado(a)/Separado(a)	2,6%	0,5%	3,1%
Total (%)		76,4%	23,6%	100,0%

Fonte: Própria.

## Apêndice VII - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica zona de proveniência

Tabela 46 – Tabulação cruzada: QVRS com a variável sociodemográfica zona de proveniência.

		QVRS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Zona de proveniência (%)	Rural	67,0	24,1	91,1
	Urbana	7,3	1,6	8,9
Total (%)		74,3	25,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 47 – Tabulação cruzada: dimensão FF com a variável sociodemográfica zona de proveniência.

		FF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Zona de proveniência (%)	Rural	91,1		91,1
	Urbana	8,9		8,9
Total (%)		100,0		100,0

Fonte: Própria.

Tabela 48 – Tabulação cruzada: dimensão DF com a variável sociodemográfica zona de proveniência.

		DF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Zona de proveniência (%)	Rural	50,3	40,8	91,1
	Urbana	5,8	3,1	8,9
Total (%)		56,0	44,0	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 49 – Tabulação cruzada: dimensão DR com a variável sociodemográfica zona de proveniência.

		DR (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Zona de proveniência (%)	Rural	73,3	17,8	91,1
	Urbana	7,3	1,6	8,9
Total (%)		80,6	19,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 50 – Tabulação cruzada: dimensão SG com a variável sociodemográfica zona de proveniência.

		SG (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Zona de proveniência (%)	Rural	37,7	53,4	91,1
	Urbana	4,2	4,7	8,9
Total (%)		41,9	58,1	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 51 – Tabulação cruzada: dimensão VT com a variável sociodemográfica zona de proveniência.

		VT (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Zona de proveniência (%)	Rural	53,4	37,7	91,1
	Urbana	3,7	5,2	8,9
Total (%)		57,1	42,9	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 52 – Tabulação cruzada: dimensão FS com a variável sociodemográfica zona de proveniência.

		FS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Zona de proveniência (%)	Rural	78,5	12,6	91,1
	Urbana	6,8	2,1	8,9
Total (%)		85,3	14,7	100,0

Fonte: Própria.

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo

Tabela 53 – Tabulação cruzada: dimensão DE com a variável sociodemográfica zona de proveniência.

		DE (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Zona de proveniência (%)	Rural	53,4	37,7	91,1
	Urbana	5,2	3,7	8,9
Total (%)		58,6	41,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 54 – Tabulação cruzada: dimensão SM com a variável sociodemográfica zona de proveniência.

		SM (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Zona de proveniência (%)	Rural	68,6	22,5	91,1
	Urbana	7,9	1,0	8,9
Total (%)		76,4	23,6	100,0

Fonte: Própria.

## Apêndice VIII - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica escolaridade

Tabela 55 – Tabulação cruzada: QVRS com a variável sociodemográfica escolaridade.

		QVRS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Escolaridade (%)	Não sabe ler nem escrever	15,2	4,7	19,9
	4.º Ano incompleto	18,8	12,0	30,9
	4.º Ano	32,5	8,9	41,4
	6.º Ano	1,0		1,0
	9.º Ano	1,0		1,0
	12.º Ano	1,0		1,0
	Curso superior	0,5		0,5
	Outra	4,2		4,2
	Total (%)		74,3	25,7

Fonte: Própria.

Tabela 56 – Tabulação cruzada: dimensão FF com a variável sociodemográfica escolaridade.

		FF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Escolaridade (%)	Não sabe ler nem escrever	19,9		19,9
	4.º Ano incompleto	30,9		30,9
	4.º Ano	41,4		41,4
	6.º Ano	1,0		1,0
	9.º Ano	1,0		1,0
	12.º Ano	1,0		1,0
	Curso superior	0,5		0,5
	Outra	4,2		4,2
	Total (%)		100,0	

Fonte: Própria.

Tabela 57 – Tabulação cruzada: dimensão DF com a variável sociodemográfica escolaridade.

		DF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Escolaridade (%)	Não sabe ler nem escrever	13,1	6,8	19,9
	4.º Ano incompleto	13,6	17,3	30,9
	4.º Ano	22,5	18,8	41,4
	6.º Ano	1,0		1,0
	9.º Ano	0,5	0,5	1,0
	12.º Ano	0,5	0,5	1,0
	Curso superior	0,5		0,5
	Outra	4,2		4,2
	Total (%)		56,0	44,0

Fonte: Própria.

Tabela 58 – Tabulação cruzada: dimensão DR com a variável sociodemográfica escolaridade.

		DR (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Escolaridade (%)	Não sabe ler nem escrever	16,8	3,1	19,9
	4.º Ano incompleto	23,6	7,3	30,9
	4.º Ano	32,5	8,9	41,4
	6.º Ano	1,0		1,0
	9.º Ano	1,0		1,0
	12.º Ano	1,0		1,0
	Curso superior	0,5		0,5
	Outra	4,2		4,2
	Total (%)		80,6	19,4

Fonte: Própria.

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo

Tabela 59 – Tabulação cruzada: dimensão SG com a variável sociodemográfica escolaridade.

		SG (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Escolaridade (%)	Não sabe ler nem escrever	8,4	11,5	19,9
	4.º Ano incompleto	11,5	19,4	30,9
	4.º Ano	18,8	22,5	41,4
	6.º Ano	0,5	0,5	1,0
	9.º Ano		1,0	1,0
	12.º Ano	0,5	0,5	1,0
	Curso superior	0,5		0,5
	Outra	1,6	2,6	4,2
Total (%)		41,9	58,1	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 60 – Tabulação cruzada: dimensão VT com a variável sociodemográfica escolaridade.

		VT (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Escolaridade (%)	Não sabe ler nem escrever	8,9	11,0	19,9
	4.º Ano	24,6	16,8	41,4
	4.º Ano incompleto	19,4	11,5	30,9
	6.º Ano		1,0	1,0
	9.º Ano	1,0		1,0
	12.º Ano	1,0		1,0
	Curso superior		0,5	0,5
	Outra	2,1	2,1	4,2
Total (%)		57,1	42,9	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 61 – Tabulação cruzada: dimensão FS com a variável sociodemográfica escolaridade.

		FS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Escolaridade (%)	Não sabe ler nem escrever	16,8	3,1	19,9
	4.º Ano incompleto	25,7	5,2	30,9
	4.º Ano	35,6	5,8	41,4
	6.º Ano	1,0		1,0
	9.º Ano	1,0		1,0
	12.º Ano	1,0		1,0
	Curso superior		0,5	0,5
	Outra	4,2		4,2
Total (%)		85,3	14,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 62 – Tabulação cruzada: dimensão DE com a variável sociodemográfica escolaridade.

		DE (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Escolaridade (%)	Não sabe ler nem escrever	14,1	5,8	19,9
	4.º Ano incompleto	13,6	17,3	30,9
	4.º Ano	24,6	16,8	41,4
	6.º Ano	1,0		1,0
	9.º Ano	0,5	0,5	1,0
	12.º Ano	0,5	0,5	1,0
	Curso superior		0,5	0,5
	Outra	4,2		4,2
Total (%)		58,6	41,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 63 – Tabulação cruzada: dimensão SM com a variável sociodemográfica escolaridade.

		SM (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Escolaridade (%)	Não sabe ler nem escrever	14,7	5,2	19,9
	4.º Ano incompleto	23,6	7,3	30,9
	4.º Ano	30,4	11,0	41,4
	6.º Ano	1,0		1,0
	9.º Ano	1,0		1,0
	12.º Ano	1,0		1,0
	Curso superior			

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo

	Curso superior	0,5		0,5
	Outra	4,2		4,2
	Total (%)	76,4	23,6	100,0

Fonte: Própria.

## Apêndice IX - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica profissão na vida ativa

Tabela 64 – Tabulação cruzada: QVRS com a variável sociodemográfica profissão na vida ativa.

		QVRS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Profissão na vida ativa (%)	Setor primário	36,1	15,2	51,3
	Setor secundário	15,7	4,7	20,4
	Setor terciário	20,9	5,8	26,7
	Outra	1,5		1,5
Total (%)		74,3	25,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 65 – Tabulação cruzada: dimensão FF com a variável sociodemográfica profissão na vida ativa.

		FF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Profissão na vida ativa (%)	Setor primário	51,3		51,3
	Setor secundário	20,4		20,4
	Setor terciário	26,7		26,7
	Outra	1,5		1,5
Total (%)		100,0		100,0

Fonte: Própria.

Tabela 66 – Tabulação cruzada: dimensão DF com a variável sociodemográfica profissão na vida ativa.

		DF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Profissão na vida ativa (%)	Setor primário	27,7	23,6	51,3
	Setor secundário	12,0	8,4	20,4
	Setor terciário	15,2	11,5	26,7
	Outra	1,0	0,5	1,5
Total (%)		56,0	44,0	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 67 – Tabulação cruzada: dimensão DR com a variável sociodemográfica profissão na vida ativa.

		DR (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Profissão na vida ativa (%)	Setor primário	42,4	8,9	51,3
	Setor secundário	17,8	2,6	20,4
	Setor terciário	18,8	7,9	26,7
	Outra	1,5		1,5
Total (%)		80,6	19,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 68 – Tabulação cruzada: dimensão SG com a variável sociodemográfica profissão na vida ativa.

		SG (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Profissão na vida ativa (%)	Setor primário	20,4	30,9	51,3
	Setor secundário	11,0	9,4	20,4
	Setor terciário	8,9	17,8	26,7
	Outra	1,5		1,5
Total (%)		41,9	58,1	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 69 – Tabulação cruzada: dimensão VT com a variável sociodemográfica profissão na vida ativa.

		VT (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Profissão na vida ativa (%)	Setor primário	29,8	21,5	51,3
	Setor secundário	12,0	8,4	20,4
	Setor terciário	14,1	12,6	26,7
	Outra	1,0	0,5	1,5

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo

Total (%)	57,1	42,9	100,0
-----------	------	------	-------

Fonte: Própria.

Tabela 70 – Tabulação cruzada: dimensão FS com a variável sociodemográfica profissão na vida ativa.

		FS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Profissão na vida ativa (%)	Setor primário	44,0	7,3	51,3
	Setor secundário	18,3	2,1	20,4
	Setor terciário	22,0	4,7	26,7
	Outra	1,0	0,5	1,5
Total (%)		85,3	14,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 71 – Tabulação cruzada: dimensão DE com a variável sociodemográfica profissão na vida ativa.

		DE (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Profissão na vida ativa (%)	Setor primário	30,4	20,9	51,3
	Setor secundário	13,6	6,8	20,4
	Setor terciário	13,1	13,6	26,7
	Outra	1,5		1,5
Total (%)		58,6	41,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 72 – Tabulação cruzada: dimensão SM com a variável sociodemográfica profissão na vida ativa.

		SM (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Profissão na vida ativa (%)	Setor primário	39,3	12,0	51,3
	Setor secundário	16,2	4,2	20,4
	Setor terciário	19,4	7,3	26,7
	Outra	1,5		1,5
Total (%)		76,4	23,6	100,0

Fonte: Própria.

## Apêndice X - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal

Tabela 73 – Tabulação cruzada: QVRS com a variável sociodemográfica responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal.

		QVRS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Opção proposta pelo(a)(s) filho(a)(s)	28,3	13,1	41,4
	Opção própria	31,4	6,3	37,7
	Opção proposta por outro(s) familiar(es)	8,9	3,7	12,6
	Opção proposta por amigos	2,1	1,6	3,7
	Opção proposta por profissionais da rede de apoio externa (saúde ou ação social)	1,6	1,0	2,6
	Outra	2,1		2,1
Total (%)		74,3	25,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 74 – Tabulação cruzada: dimensão FF com a variável sociodemográfica responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal.

		FF (%)	Total (%)
		Alta	
Responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Opção proposta pelo(a)(s) filho(a)(s)	41,4	41,4
	Opção própria	37,7	37,7
	Opção proposta por outro(s) familiar(es)	12,6	12,6
	Opção proposta por amigos	3,7	3,7
	Opção proposta por profissionais da rede de apoio externa (saúde ou ação social)	2,6	2,6
	Outra	2,1	2,1
Total (%)		100,0	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 75 – Tabulação cruzada: dimensão DF com a variável sociodemográfica responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal.

		DF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Opção proposta pelo(a)(s) filho(a)(s)	21,5	19,9	41,4
	Opção própria	24,6	13,1	37,7
	Opção proposta por outro(s) familiar(es)	5,2	7,3	12,6
	Opção proposta por amigos	2,1	1,6	3,7
	Opção proposta por profissionais da rede de apoio externa (saúde ou ação social)	1,6	1,0	2,6
	Outra	1,0	1,1	2,1
Total (%)		56,0	44,0	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 76 – Tabulação cruzada: dimensão DR com a variável sociodemográfica responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal.

		DR (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Opção proposta pelo(a)s filho(a)s	33,5	7,9	41,4
	Opção própria	30,9	6,8	37,7
	Opção proposta por outro(s) familiar(es)	9,4	3,1	12,6
	Opção proposta por amigos	3,1	0,5	3,7
	Opção proposta por profissionais da rede de apoio externa (saúde ou ação social)	2,1	0,5	2,6
	Outra	1,5	0,5	2,1
Total (%)		80,6	19,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 77 – Tabulação cruzada: dimensão SG com a variável sociodemográfica responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal.

		SG (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Opção proposta pelo(a)s filho(a)s	18,3	23,0	41,4
	Opção própria	14,7	23,0	37,7
	Opção proposta por outro(s) familiar(es)	5,2	7,3	12,6
	Opção proposta por amigos	1,0	2,6	3,7
	Opção proposta por profissionais da rede de apoio externa (saúde ou ação social)	1,6	1,0	2,6
	Outra	1,0	1,0	2,1
Total (%)		41,9	58,1	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 78 – Tabulação cruzada: dimensão VT com a variável sociodemográfica responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal.

		VT (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Opção proposta pelo(a)s filho(a)s	25,7	15,7	41,4
	Opção própria	19,9	17,8	37,7
	Opção proposta por outro(s) familiar(es)	8,4	4,2	12,6
	Opção proposta por amigos	0,5	3,1	3,7
	Opção proposta por profissionais da rede de apoio externa (saúde ou ação social)	1,0	1,6	2,6
	Outra	1,6	0,5	2,1
Total (%)		57,1	42,9	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 79 – Tabulação cruzada: dimensão FS com a variável sociodemográfica responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal.

		FS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Opção proposta pelo(a)s filho(a)s	34,6	6,8	41,4
	Opção própria	31,9	5,8	37,7
	Opção proposta por outro(s) familiar(es)	10,5	2,1	12,6
	Opção proposta por amigos	3,7		3,7
	Opção proposta por profissionais da rede de apoio externa (saúde ou ação social)	2,6		2,6
	Outra	2,1		2,1
Total (%)		85,3	14,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 80 – Tabulação cruzada: dimensão DE com a variável sociodemográfica responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal.

		DE (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Opção proposta pelo(a)(s) filho(a)(s)	21,5	19,9	41,4
	Opção própria	26,7	11,0	37,7
	Opção proposta por outro(s) familiar(es)	5,8	6,8	12,6
	Opção proposta por amigos	2,1	1,6	3,7
	Opção proposta por profissionais da rede de apoio externa (saúde ou ação social)	1,0	1,6	2,6
	Outra	1,5	0,5	2,1
Total (%)		58,6	41,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 81 – Tabulação cruzada: dimensão SM com a variável sociodemográfica responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal.

		SM (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Responsabilidade pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Opção proposta pelo(a)(s) filho(a)(s)	30,9	10,5	41,4
	Opção própria	30,4	7,3	37,7
	Opção proposta por outro(s) familiar(es)	8,4	4,2	12,6
	Opção proposta por amigos	2,6	1,0	3,7
	Opção proposta por profissionais da rede de apoio externa (saúde ou ação social)	2,6		2,6
	Outra	1,6	0,5	2,1
Total (%)		76,4	23,6	100,0

Fonte: Própria.

## Apêndice XI - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica motivo pela opção da tipologia de resposta formal

Tabela 82 – Tabulação cruzada: QVRS com a variável sociodemográfica motivo pela opção da tipologia de resposta formal.

		QVRS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Motivo pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Problemas de saúde	35,1	17,3	52,4
	Outra	12,6	3,1	15,6
	Comprometimento do nível de autonomia	11,0	3,1	14,1
	Solidão	11,0	1,0	12,0
	Evitar a sobrecarga familiar	4,2	0,5	4,7
	Condições habitacionais inadequadas	0,5	0,5	1,0
Total (%)		74,3	25,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 83 – Tabulação cruzada: dimensão FF com a variável sociodemográfica motivo pela opção da tipologia de resposta formal.

		FF (%)	Total (%)
		Alta	
Motivo pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Problemas de saúde	52,4	52,4
	Outra	15,6	15,6
	Comprometimento do nível de autonomia	14,1	14,1
	Solidão	12,0	12,0
	Evitar a sobrecarga familiar	4,7	4,7
	Condições habitacionais inadequadas	1,0	1,0
Total (%)		100,0	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 84 – Tabulação cruzada: dimensão DF com a variável sociodemográfica motivo pela opção da tipologia de resposta formal.

		DF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Motivo pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Problemas de saúde	26,7	25,7	52,4
	Outra	10,4	5,2	15,6
	Comprometimento do nível de autonomia	8,4	5,8	14,1
	Solidão	7,3	4,7	12,0
	Evitar a sobrecarga familiar	2,6	2,1	4,7
	Condições habitacionais inadequadas	0,5	0,5	1,0
Total (%)		56,0	44,0	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 85 – Tabulação cruzada: dimensão DR com a variável sociodemográfica motivo pela opção da tipologia de resposta formal.

		DR (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
	Problemas de saúde	39,8	12,6	52,4
	Outra	13,6	2,1	15,6

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo

Motivo pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Comprometimento do nível de autonomia	12,0	2,1	14,1
	Solidão	10,5	1,6	12,0
	Evitar a sobrecarga familiar	4,2	0,5	4,7
	Condições habitacionais inadequadas	0,5	0,5	1,0
Total (%)		80,6	19,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 86 – Tabulação cruzada: dimensão SG com a variável sociodemográfica motivo pela opção da tipologia de resposta formal.

		SG (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Motivo pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Problemas de saúde	15,2	37,2	52,4
	Outra	8,4	7,3	15,6
	Comprometimento do nível de autonomia	8,4	5,8	14,1
	Solidão	6,3	5,8	12,0
	Evitar a sobrecarga familiar	3,1	1,6	4,7
	Condições habitacionais inadequadas	0,5	0,5	1,0
Total (%)		41,9	58,1	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 87 – Tabulação cruzada: dimensão VT com a variável sociodemográfica motivo pela opção da tipologia de resposta formal.

		VT (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Motivo pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Problemas de saúde	27,2	25,1	52,4
	Outra	8,4	7,3	15,6
	Comprometimento do nível de autonomia	10,5	3,7	14,1
	Solidão	7,9	4,2	12,0
	Evitar a sobrecarga familiar	3,1	1,6	4,7
	Condições habitacionais inadequadas		1,0	1,0
Total (%)		57,1	42,9	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 88 – Tabulação cruzada: dimensão FS com a variável sociodemográfica motivo pela opção da tipologia de resposta formal.

		FS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Motivo pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Problemas de saúde	46,6	5,8	52,4
	Outra	12,0	3,6	15,6
	Comprometimento do nível de autonomia	11,5	2,6	14,1
	Solidão	10,5	1,6	12,0
	Evitar a sobrecarga familiar	3,7	1,0	4,7
	Condições habitacionais inadequadas	1,0		1,0
Total (%)		85,3	14,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 89 – Tabulação cruzada: dimensão DE com a variável sociodemográfica motivo pela opção da tipologia de resposta formal.

		DE (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Motivo pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Problemas de saúde	27,7	24,6	52,4
	Outra	9,9	5,7	15,6
	Comprometimento do nível de autonomia	8,4	5,8	14,1

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo

	Solidão	8,9	3,1	12,0
	Evitar a sobrecarga familiar	3,1	1,6	4,7
	Condições habitacionais inadequadas	0,5	0,5	1,0
Total (%)		58,6	41,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 90 – Tabulação cruzada: dimensão SM com a variável sociodemográfica motivo pela opção da tipologia de resposta formal.

		SM (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Motivo pela opção da tipologia de resposta formal (%)	Problemas de saúde	39,8	12,6	52,4
	Outra	11,5	4,2	15,6
	Comprometimento do nível de autonomia	11,5	2,6	14,1
	Solidão	9,4	2,6	12,0
	Evitar a sobrecarga familiar	4,2	0,5	4,7
	Condições habitacionais inadequadas		1,0	1,0
Total (%)		76,4	23,6	100,0

Fonte: Própria.

## Apêndice XII - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica coabitação

Tabela 91 – Tabulação cruzada: QVRS com a variável sociodemográfica coabitação.

		QVRS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Coabitação (%)	Idosos institucionalizados	39,8	13,6	53,4
	Vive sozinho(a)	17,8	5,8	23,6
	Cônjuge	11,5	3,7	15,2
	Filho(a)(s)	2,1	2,1	4,2
	Outro familiar	2,1		2,1
	Outra	1,0	0,5	1,5
Total (%)		74,3	25,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 92 – Tabulação cruzada: dimensão FF com a variável sociodemográfica coabitação.

		FF (%)		Total (%)
		Alta		
Coabitação (%)	Idosos institucionalizados	53,4		53,4
	Vive sozinho(a)	23,6		23,6
	Cônjuge	15,2		15,2
	Filho(a)(s)	4,2		4,2
	Outro familiar	2,1		2,1
	Outra	1,5		1,5
Total (%)		100,0		100,0

Fonte: Própria.

Tabela 93 – Tabulação cruzada: dimensão DF com a variável sociodemográfica coabitação.

		DF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Coabitação (%)	Idosos institucionalizados	30,4	23,0	53,4
	Vive sozinho(a)	14,1	9,4	23,6
	Cônjuge	8,4	6,8	15,2
	Filho(a)(s)	1,6	2,6	4,2
	Outro familiar	1,0	1,0	2,1
	Outra	0,5	1,0	1,5
Total (%)		56,0	44,0	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 94 – Tabulação cruzada: dimensão DR com a variável sociodemográfica coabitação.

		DR (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Coabitação (%)	Idosos institucionalizados	42,9	10,5	53,4
	Vive sozinho(a)	20,4	3,1	23,6
	Cônjuge	11,5	3,7	15,2
	Filho(a)(s)	2,6	1,6	4,2
	Outro familiar	1,6	0,5	2,1
	Outra	1,5		1,5
Total (%)		80,6	19,4	100,0

Fonte: Própria.

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo

Tabela 95 – Tabulação cruzada: dimensão SG com a variável sociodemográfica coabitação.

		SG (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Coabitação (%)	Idosos institucionalizados	23,6	29,8	53,4
	Vive sozinho(a)	11,5	12,0	23,6
	Cônjuge	4,7	10,5	15,2
	Filho(a)(s)	1,0	3,1	4,2
	Outro familiar	0,5	1,6	2,1
	Outra	0,5	1,0	1,5
Total (%)		41,9	58,1	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 96 – Tabulação cruzada: dimensão VT com a variável sociodemográfica coabitação.

		VT (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Coabitação (%)	Idosos institucionalizados	30,9	22,5	53,4
	Vive sozinho(a)	13,1	10,5	23,6
	Cônjuge	8,9	6,3	15,2
	Filho(a)(s)	1,6	2,6	4,2
	Outro familiar	1,6	0,5	2,1
	Outra	1,0	0,5	1,5
Total (%)		57,1	42,9	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 97 – Tabulação cruzada: dimensão FS com a variável sociodemográfica coabitação.

		FS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Coabitação (%)	Idosos institucionalizados	43,5	9,9	53,4
	Vive sozinho(a)	21,5	2,1	23,6
	Cônjuge	13,1	2,1	15,2
	Filho(a)(s)	4,2		4,2
	Outro familiar	2,1		2,1
	Outra	1,0	0,5	1,5
Total (%)		85,3	14,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 98 – Tabulação cruzada: dimensão DE com a variável sociodemográfica coabitação.

		DE (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Coabitação (%)	Idosos institucionalizados	31,4	22,0	53,4
	Vive sozinho(a)	15,2	8,4	23,6
	Cônjuge	8,4	6,8	15,2
	Filho(a)(s)	1,6	2,6	4,2
	Outro familiar	1,6	0,5	2,1
	Outra	0,5	1,0	1,5
Total (%)		58,6	41,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 99 – Tabulação cruzada: dimensão SM com a variável sociodemográfica coabitação.

		SM (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Coabitação (%)	Idosos institucionalizados	39,8	13,6	53,4
	Vive sozinho(a)	17,8	5,8	23,6
	Cônjuge	12,6	2,6	15,2
	Filho(a)(s)	3,7	0,5	4,2
	Outro familiar	1,6	0,5	2,1
	Outra	1,0	0,5	1,5
Total (%)		76,4	23,6	100,0

Fonte: Própria.

## Apêndice XIII - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam

Tabela 100 – Tabulação cruzada: QVRS com a variável sociodemográfica frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam.

		QVRS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam (%)	Diariamente	10,5	6,8	17,3
	Semanalmente	12,6	4,2	16,8
	Mensalmente	19,9	7,9	27,7
	Ocasionalmente	28,8	5,8	34,6
	Nunca	2,6	0,5	3,1
	Outra		0,5	0,5
Total (%)		74,3	25,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 101 – Tabulação cruzada: dimensão FF com a variável sociodemográfica frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam.

		FF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam (%)	Diariamente	17,3		17,3
	Semanalmente	16,8		16,8
	Mensalmente	27,7		27,7
	Ocasionalmente	34,6		34,6
	Nunca	3,1		3,1
	Outra	0,5		0,5
Total (%)		100,0		100,0

Fonte: Própria.

Tabela 102 – Tabulação cruzada: dimensão DF com a variável sociodemográfica frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam.

		DF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam (%)	Diariamente	7,9	9,4	17,3
	Semanalmente	8,9	7,9	16,8
	Mensalmente	16,8	11,0	27,7
	Ocasionalmente	20,4	14,1	34,6
	Nunca	2,1	1,0	3,1
	Outra		0,5	0,5
Total (%)		56,0	44,0	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 103 – Tabulação cruzada: dimensão DR com a variável sociodemográfica frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam.

		DR (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam (%)	Diariamente	13,1	4,2	17,3
	Semanalmente	13,1	3,7	16,8
	Mensalmente	24,1	3,7	27,7
	Ocasionalmente	27,2	7,3	34,6
	Nunca	3,1		3,1
	Outra		0,5	0,5
Total (%)		80,6	19,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 104 – Tabulação cruzada: dimensão SG com a variável sociodemográfica frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam.

		SG (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam (%)	Diariamente	8,4	8,9	17,3
	Semanalmente	5,2	11,5	16,8
	Mensalmente	11,0	16,8	27,7
	Ocasionalmente	15,7	18,8	34,6
	Nunca	1,6	1,6	3,1
	Outra		0,5	0,5
Total (%)		41,9	58,1	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 105 – Tabulação cruzada: dimensão VT com a variável sociodemográfica frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam.

		VT (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam (%)	Diariamente	10,5	6,8	17,3
	Semanalmente	10,5	6,3	16,8
	Mensalmente	16,8	11,0	27,7
	Ocasionalmente	18,8	15,7	34,6
	Nunca	0,5	2,6	3,1
	Outra		0,5	0,5
Total (%)		57,1	42,9	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 106 – Tabulação cruzada: dimensão FS com a variável sociodemográfica frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam.

		FS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam (%)	Diariamente	15,2	2,1	17,3
	Semanalmente	14,1	2,6	16,8
	Mensalmente	25,7	2,1	27,7
	Ocasionalmente	27,2	7,3	34,6
	Nunca	2,6	0,5	3,1
	Outra	0,5		0,5
Total (%)		85,3	14,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 107 – Tabulação cruzada: dimensão DE com a variável sociodemográfica frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam.

		DE (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam (%)	Diariamente	7,9	9,4	17,3
	Semanalmente	7,9	8,9	16,8
	Mensalmente	17,8	9,9	27,7
	Ocasionalmente	23,0	11,5	34,6
	Nunca	2,1	1,0	3,1
	Outra		0,5	0,5
Total (%)		58,6	41,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 108 – Tabulação cruzada: dimensão SM com a variável sociodemográfica frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam.

		SM (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que o(a)s seu(s) filho(a)s e/ou familiares o(a) visitam (%)	Diariamente	12,6	4,7	17,3
	Semanalmente	14,1	2,6	16,8
	Mensalmente	19,9	7,9	27,7
	Ocasionalmente	27,2	7,3	34,6
	Nunca	2,1	1,0	3,1
	Outra	0,5		0,5
Total (%)		76,4	23,6	100,0

Fonte: Própria.

## Apêndice XIV - Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso

Tabela 109 – Tabulação cruzada: QVRS com a variável sociodemográfica frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso.

		QVRS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso (%)	Diariamente	38,2	2,1	40,3
	Semanalmente	13,6	7,9	21,5
	Mensalmente	3,1	4,2	7,3
	Ocasionalmente	15,2	7,3	22,5
	Nunca	4,2	4,2	8,4
Total (%)		74,3	25,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 110 – Tabulação cruzada: dimensão FF com a variável sociodemográfica frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso.

		FF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso (%)	Diariamente	40,3	0,0	40,3
	Semanalmente	21,5	0,0	21,5
	Mensalmente	7,3	0,0	7,3
	Ocasionalmente	22,5	0,0	22,5
	Nunca	8,4	0,0	8,4
Total (%)		100,0	0,0	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 111 – Tabulação cruzada: dimensão DF com a variável sociodemográfica frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso.

		DF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso (%)	Diariamente	35,1	5,2	40,3
	Semanalmente	6,8	14,7	21,5
	Mensalmente	2,1	5,2	7,3
	Ocasionalmente	9,4	13,1	22,5
	Nunca	2,6	5,8	8,4
Total (%)		56,0	44,0	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 112 – Tabulação cruzada: dimensão DR com a variável sociodemográfica frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso.

		DR (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso (%)	Diariamente	33,5	6,8	40,3
	Semanalmente	18,3	3,1	21,5
	Mensalmente	5,8	1,6	7,3
	Ocasionalmente	17,8	4,7	22,5
	Nunca	5,2	3,1	8,4
Total (%)		80,6	19,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 113 – Tabulação cruzada: dimensão SG com a variável sociodemográfica frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso.

		SG (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que participa nas atividades	Diariamente	19,9	20,4	40,3
	Semanalmente	7,9	13,6	21,5

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo

lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso (%)	Mensalmente	2,6	4,7	7,3
	Ocasionalmente	9,4	13,1	22,5
	Nunca	2,1	6,3	8,4
Total (%)		41,9	58,1	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 114 – Tabulação cruzada: dimensão VT com a variável sociodemográfica frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso.

		VT (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso (%)	Diariamente	24,6	15,7	40,3
	Semanalmente	12,0	9,4	21,5
	Mensalmente	4,2	3,1	7,3
	Ocasionalmente	12,6	9,9	22,5
	Nunca	3,7	4,7	8,4
Total (%)		57,1	42,9	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 115 – Tabulação cruzada: dimensão FS com a variável sociodemográfica frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso.

		FS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso (%)	Diariamente	36,6	3,7	40,3
	Semanalmente	19,4	2,1	21,5
	Mensalmente	6,8	0,5	7,3
	Ocasionalmente	16,8	5,8	22,5
	Nunca	5,8	2,6	8,4
Total (%)		85,3	14,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 116 – Tabulação cruzada: dimensão DE com a variável sociodemográfica frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso.

		DE (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso (%)	Diariamente	32,5	7,9	40,3
	Semanalmente	7,9	13,6	21,5
	Mensalmente	2,6	4,7	7,3
	Ocasionalmente	12,0	10,5	22,5
	Nunca	3,7	4,7	8,4
Total (%)		58,6	41,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 117 – Tabulação cruzada: dimensão SM com a variável sociodemográfica frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso.

		SM (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Frequência com que participa nas atividades lúdicas promovidas pela instituição de apoio ao idoso (%)	Diariamente	34,0	6,3	40,3
	Semanalmente	12,0	9,4	21,5
	Mensalmente	5,2	2,1	7,3
	Ocasionalmente	17,3	5,2	22,5
	Nunca	7,9	0,5	8,4
Total (%)		76,4	23,6	100,0

Fonte: Própria.

## Apêndice XV- Tabulações cruzadas: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e suas dimensões com a variável sociodemográfica atividade lúdica de eleição

Tabela 118 – Tabulação cruzada: QVRS com a variável sociodemográfica atividade lúdica de eleição.

		QVRS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Atividade lúdica de eleição (%)	Manuais	22,5	5,2	27,7
	Intelectuais	15,7	8,4	24,1
	Associativas	12,0	7,3	19,4
	Físicas	13,6	2,6	16,2
	Artísticas	6,3	1,6	7,9
	Outras	1,6	0,5	2,1
	Nenhuma	1,6		1,6
	Turísticas	1,0		1,0
Total (%)		74,3	25,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 119 – Tabulação cruzada: dimensão FF com a variável sociodemográfica atividade lúdica de eleição.

		FF (%)		Total (%)
		Alta		
Atividade lúdica de eleição (%)	Manuais	27,7		27,7
	Intelectuais	24,1		24,1
	Associativas	19,4		19,4
	Físicas	16,2		16,2
	Artísticas	7,9		7,9
	Outras	2,1		2,1
	Nenhuma	1,6		1,6
	Turísticas	1,0		1,0
Total (%)		100,0		100,0

Fonte: Própria.

Tabela 120 – Tabulação cruzada: dimensão DF com a variável sociodemográfica atividade lúdica de eleição.

		DF (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Atividade lúdica de eleição (%)	Manuais	18,8	8,9	27,7
	Intelectuais	9,9	14,1	24,1
	Associativas	6,3	13,1	19,4
	Físicas	12,6	3,7	16,2
	Artísticas	4,7	3,1	7,9
	Outras	1,6	0,5	2,1
	Nenhuma	1,0	0,5	1,6
	Turísticas	1,0		1,0
Total (%)		56,0	44,0	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 121 – Tabulação cruzada: dimensão DR com a variável sociodemográfica atividade lúdica de eleição.

		DR (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Atividade lúdica de eleição (%)	Manuais	20,9	6,8	27,7
	Intelectuais	18,8	5,2	24,1
	Associativas	16,2	3,1	19,4
	Físicas	14,1	2,1	16,2
	Artísticas	5,8	2,1	7,9
	Outras	2,1		2,1
	Nenhuma	1,6		1,6
	Turísticas	1,0		1,0
Total (%)		80,6	19,4	100,0

Fonte: Própria.

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo

Tabela 122 – Tabulação cruzada: dimensão SG com a variável sociodemográfica atividade lúdica de eleição.

		SG (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Atividade lúdica de eleição (%)	Manuais	12,0	15,7	27,7
	Intelectuais	9,4	14,7	24,1
	Associativas	7,3	12,0	19,4
	Físicas	5,8	10,5	16,2
	Artísticas	5,2	2,6	7,9
	Outras	0,5	1,6	2,1
	Nenhuma	1,0	0,5	1,6
	Turísticas	0,5	0,5	1,0
Total (%)		41,9	58,1	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 123 – Tabulação cruzada: dimensão VT com a variável sociodemográfica atividade lúdica de eleição.

		VT (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Atividade lúdica de eleição (%)	Manuais	18,3	9,4	27,7
	Intelectuais	14,1	9,9	24,1
	Associativas	12,6	6,8	19,4
	Físicas	6,8	9,4	16,2
	Artísticas	3,1	4,7	7,9
	Outras	1,0	1,0	2,1
	Nenhuma	0,5	1,0	1,6
	Turísticas	0,5	0,5	1,0
Total (%)		57,1	42,9	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 124 – Tabulação cruzada: dimensão FS com a variável sociodemográfica atividade lúdica de eleição.

		FS (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Atividade lúdica de eleição (%)	Manuais	23,0	4,7	27,7
	Intelectuais	18,8	5,2	24,1
	Associativas	18,3	1,0	19,4
	Físicas	15,7	0,5	16,2
	Artísticas	5,8	2,1	7,9
	Outras	1,6	0,5	2,1
	Nenhuma	1,0	0,5	1,6
	Turísticas	1,0		1,0
Total (%)		85,3	14,7	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 125 – Tabulação cruzada: dimensão DE com a variável sociodemográfica atividade lúdica de eleição.

		DE (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Atividade lúdica de eleição (%)	Manuais	18,8	8,9	27,7
	Intelectuais	10,5	13,6	24,1
	Associativas	7,3	12,0	19,4
	Físicas	12,6	3,7	16,2
	Artísticas	5,2	2,6	7,9
	Outras	1,6	0,5	2,1
	Nenhuma	1,6		1,6
	Turísticas	1,0		1,0
Total (%)		58,6	41,4	100,0

Fonte: Própria.

Tabela 126 – Tabulação cruzada: dimensão SM com a variável sociodemográfica atividade lúdica de eleição.

		SM (%)		Total (%)
		Alta	Baixa	
Atividade lúdica de eleição (%)	Manuais	22,5	5,2	27,7
	Intelectuais	18,3	5,8	24,1
	Associativas	12,6	6,8	19,4
	Físicas	11,5	4,7	16,2
	Artísticas	6,8	1,0	7,9
	Outras	2,1		2,1

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo Rodrigo

	Nenhuma	1,6		1,6
	Turísticas	1,0		1,0
Total (%)		76,4	23,6	100,0

Fonte: Própria.

## Anexos

### Anexo I - Certificado da apresentação do póster intitulado “A Institucionalização como Promotora de Saúde no Concelho de Figueira de Castelo Rodrigo” no Iº Encontro Ibérico de Medicina Preventiva da Unidade Local de Saúde da Guarda



**CERTIFICADO**

**1º ENCONTRO IBÉRICO**  
MEDICINA PREVENTIVA  
ULS GUARDA

**29 e 30 NOV. 19**

TEATRO MUNICIPAL DA GUARDA

**PROMOVER O FUTURO**

Certifica-se que o Poster com o Título

**“A Institucionalização Como Promotora de Saúde no Concelho de Figueira de Castelo Rodrigo”**

Foi apresentado no 1º Encontro Ibérico de Medicina Preventiva da ULSG, pelos autores **Maria De La Misericórdia Figueiredo e Yllera e Anabela Almeida**, que decorreu no Teatro Municipal da Guarda, nos dias 29 e 30 de novembro de 2019.

A Coordenadora da Unidade de Formação  
*Anabela Gil*  
(Enf. Anabela Gil)

A Presidente do C.A. da ULS da Guarda  
*Isabel Coelho*  
(Dra. Isabel Coelho)

Apoio Científico:

ULS GUARDA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIDADE DE FORMAÇÃO

Apoio da Unidade de Formação da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. com Idoneidade formativa reconhecida pela ACS, conforme Despacho Ministerial de 01/07/2001, com o nº de acreditação, 081 de 07/06/2001.

REPÚBLICA PORTUGUESA  
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ULS GUARDA



Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos idosos institucionalizados no concelho de Figueira de Castelo  
Rodrigo