



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

Autoestima, qualidade de vida e suporte familiar percebido pelos adultos mais velhos institucionalizados ou a frequentar o centro de dia

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Ana Filipa dos Santos Capela**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

OUTUBRO 2024



CATOLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

---

BRAGA

Autoestima, qualidade de vida e suporte familiar percebido pelos  
adultos mais velhos institucionalizados ou a frequentar o centro  
de dia

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Ana Filipa dos Santos Capela**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Ângela Maria  
Pereira e Sá Azevedo**

## **Agradecimentos**

Gostaria de demonstrar a minha gratidão à minha orientadora, Professora Doutora Ângela Azevedo, cujo apoio e orientação foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

À minha mãe, Ana Maria, por me apoiar nesta jornada desde o início e nunca me deixar desanimar perante os desafios. Sempre me encorajou a lutar pelos meus sonhos e caminhou lado a lado comigo durante estes anos. Obrigada pelo teu colo. Esta conquista é nossa.

Ao meu pai, Jorge, por me mostrar que tudo se conquista com o trabalho e o esforço, e que estes só dependem de nós. Não há sorte, há trabalho. Obrigada por seres um exemplo daquilo que é resiliência e me mostrares que a vida é mais fácil quando não complicamos. Obrigada por estares sempre presente.

Ao meu irmão, Jorge, por sempre me encorajar em momentos difíceis e mostrar-me que sou capaz. O teu ombro amigo será sempre o meu porto seguro.

A todos os colegas e amigos que a Universidade Católica Portuguesa (UCP) me deu. Este percurso não teria sido o mesmo sem vocês. O que a UCP uniu, ninguém separa.

À minha madrinha e amiga, Carla Ferreira, obrigada por nunca duvidares de mim e do meu potencial, as tuas palavras deram-me força e ânimo.

Ao meu afilhado, Diogo, agradeço por toda a alegria, boa disposição e companheirismo ao longo desta caminhada.

Às minhas amigas da vida, Bia, Cat, Diana, Márcia e Mariana, por estarem sempre ao meu lado, não só nos bons momentos, mas também nos meus momentos de *stress* e pânico. O vosso colo foi essencial. O vosso sucesso, é o meu sucesso.

Por último, agradeço aos professores de Psicologia pelos conhecimentos transmitidos, que foram essenciais para a minha formação enquanto pessoa e futura profissional.

A todos, o meu mais sincero, OBRIGADA.

## Resumo

O presente estudo tem como principal objetivo analisar se existem diferenças na autoestima, qualidade de vida e suporte familiar percebido entre os adultos mais velhos institucionalizados e os adultos mais velhos que frequentam o centro de dia. A amostra deste estudo incluiu 83 participantes, 60 do sexo feminino (72.3%) e 23 do sexo masculino (27.7%), com idades compreendidas entre os 54 e os 98 anos ( $M = 82.47$ ,  $DP = 8.43$ ); dos quais, 44 dos participantes (53%) estão institucionalizados no lar e 39 (47%) frequentam o centro de dia. Foram utilizados três instrumentos de recolha de dados: o *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES), o *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-BREF) e o Inventário de Perceção de Suporte Familiar (IPSF). Usou-se, ainda, um plano descritivo-correlacional, dado que o foco deste estudo tem como base explorar as relações entre as variáveis e descrevê-las.

Os resultados permitiram encontrar relações significativas, positivas e moderadas entre a autoestima e a qualidade de vida. Encontraram-se também diferenças significativas entre a dimensão afetiva consciente do suporte familiar e o estado civil. Ao contrário do esperado, foram encontradas relações significativas, negativas e fracas entre o suporte familiar percebido e a qualidade de vida e foi revelado que um maior suporte familiar percebido está associado a uma pior qualidade de vida.

**Palavras-chave:** autoestima; qualidade de vida; suporte familiar; adultos mais velhos; centro de dia; institucionalização

### *Abstract*

The main objective of the present study is to analyze whether there are differences in self-esteem, quality of life, and perceived family support between older adults who are institutionalized and those who attend a day center. The study sample included 83 participants, 60 of whom were female (72.3%) and 23 male (27.7%), with ages ranging from 54 to 98 years ( $M = 82.47$ ,  $SD = 8.43$ ); among them, 44 participants (53%) are institutionalized in a residential facility, and 39 (47%) attend a day center. Three data collection instruments were used: the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), the World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF), and the Perceived Family Support Inventory (IPSF). A descriptive-correlational design was also employed, as the focus of this study is to explore and describe the relationships between the variables. The results revealed significant, positive, and moderate relationships between self-esteem and quality of life. Significant differences were also found between the affective-conscious dimension of family support and marital status. Contrary to expectations, significant, negative, and weak relationships were found between perceived family support and quality of life, indicating that greater perceived family support is associated with a lower quality of life.

**Keywords:** self-esteem; quality of life; family support; institutionalized older adults; older adults attending day care centers

## Índice

Introdução.....	11
1. Enquadramento teórico .....	15
1.1. O envelhecimento e as suas características gerais.....	15
1.1.1. Tipos de institucionalização.....	16
1.1. Autoestima .....	19
1.2. Qualidade de vida .....	21
1.3. Suporte familiar percebido.....	23
1.4. Autoestima, qualidade de vida e suporte familiar percebido pelos adultos mais velhos	25
2. Metodologia .....	26
2.1. Método.....	26
2.2. Objetivos do estudo .....	27
2.3. Hipóteses de Investigação .....	27
2.4. Questões de Investigação .....	28
2.5. Caracterização da amostra .....	28
2.6. Medidas .....	30
2.6.1. Questionário Sociodemográfico .....	30

2.6.2. <i>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)</i> .....	30
2.6.3. <i>World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF)</i> .....	31
2.6.4. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF).....	32
2.7. Procedimentos .....	33
3. Resultados .....	34
3.1. Qualidade de vida e Suporte familiar percebido .....	35
3.2. Qualidade de vida e autoestima.....	37
3.3. Qualidade de vida e tipo de instituição .....	37
3.4. Qualidade de vida e habilitações literárias .....	38
3.5. Qualidade de vida e número de anos de institucionalização .....	39
3.6. Autoestima e tipo de instituição .....	40
3.7. Autoestima e idade .....	41
3.8. Autoestima e sexo.....	41
3.10. Suporte familiar percebido e o número de anos de institucionalização .....	43
3.11. Suporte familiar percebido e estado civil .....	43
4. Discussão.....	46
5. Conclusão .....	52
Referências .....	56

ANEXOS.....	65
Anexo I. Questionário Sociodemográfico .....	66
Anexo II. <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES).....	67
Anexo III. <i>World Health Organization Quality of Life-BREF</i> (WHOQOL-BREF) .....	68
Anexo IV. Inventário de Percepção Familiar (IPSF).....	70
Anexo V. Cronograma .....	72
Anexo VI. Pedido recolha de dados .....	73
Anexo VII. Consentimento informado .....	74

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1.</b> Descrição Sociodemográfica da Amostra.....	29
<b>Tabela 2.</b> Pontuações possíveis e obtidas nos instrumentos.....	35
<b>Tabela 3.</b> Qualidade de vida e suporte familiar percebido .....	36
<b>Tabela 4.</b> Qualidade de vida e autoestima .....	37
<b>Tabela 5.</b> Qualidade de vida e tipo de instituição.....	38
<b>Tabela 6.</b> Habilitações literárias e qualidade de vida .....	39
<b>Tabela 7.</b> Qualidade de vida e número de anos de institucionalização .....	40
<b>Tabela 8.</b> Autoestima e tipo de instituição .....	41
<b>Tabela 9.</b> Autoestima e idade .....	41
<b>Tabela 10.</b> Autoestima e sexo.....	42
<b>Tabela 11.</b> Autoestima e estado civil.....	42
<b>Tabela 12.</b> Suporte familiar percebido e número anos de institucionalização ...	43
<b>Tabela 13.</b> Suporte familiar percebido e estado civil .....	44
<b>Tabela 14.</b> Suporte familiar percebido e tipo de instituição.....	45

## Introdução

O envelhecimento populacional é um fenómeno indiscutível na sociedade portuguesa, resultante do aumento da esperança média de vida, que tem contribuído para a crescente proporção de indivíduos mais velhos (Eurostat, 2023; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023). Neste contexto, é fundamental refletir e analisar quanto aos conceitos-chave relacionados com a terceira idade. Assim, investir na investigação sobre a qualidade de vida, autoestima e suporte familiar percebido nos adultos mais velhos adquire uma importância significativa.

Segundo Rosenberg (1965), a autoestima define-se como o julgamento individual que cada indivíduo faz sobre si próprio. Esta perceção envolve uma noção de valor próprio, que é predominantemente emocional e se manifesta através de uma postura de aceitação ou rejeição em relação a si mesmo. Na terceira idade, manter a autoestima elevada pode ser desafiador devido às mudanças naturais associadas a esta fase de vida, como mudanças físicas, limitações de saúde, perda de entes queridos, aposentadoria e possíveis alterações na autonomia (Souza et al., 2022).

A Organização Mundial da Saúde (1995) destaca a qualidade de vida como um conceito multidimensional que abrange a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, pelo que considera o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais está inserido. Essa perceção é influenciada por objetivos, expectativas, padrões e preocupações pessoais. A qualidade de vida abrange diversos aspetos, tais como: a saúde física, a psicológica, o nível de independência, as relações sociais, o ambiente, as crenças e os valores pessoais. Além disso, a qualidade de vida não se resume apenas à ausência de doenças ou problemas físicos, mas também ao bem-estar geral de cada indivíduo. À medida que os adultos mais velhos envelhecem, torna-se importante avaliar a qualidade de vida, dado que representa um indicador de adaptação ao envelhecimento (Gama et al., 2020).

O suporte familiar percebido, conforme definido por Olson, Russel e Sprenkle (1983), é um construto multidimensional que se baseia em três dimensões: Afetivo-Consciente, Adaptação e Autonomia. A dimensão Afetivo-Consciente refere-se ao grau de separação e conexão entre os membros da família. A adaptação envolve a capacidade de a família ser flexível e ajustar-se a mudanças ou outros momentos de *stress*. A Autonomia foca nas habilidades interpessoais dos indivíduos em expressar afeto e empatia. Estas três dimensões interagem entre si para formar o suporte familiar percebido. Quando este tipo de suporte é identificado como disponível e satisfatório, tem um efeito benéfico na vida do adulto mais velho, pois contribui favoravelmente para a manutenção e integridade física e psicológica dos indivíduos (Reis & Trad, 2015).

O presente estudo tem como principal objetivo explorar a relação entre a autoestima, a qualidade de vida e o suporte familiar percebido nos adultos mais velhos institucionalizados e nos adultos mais velhos que frequentam o centro de dia. Posto isto, formulou-se uma pergunta de partida: Qual é a relação entre a autoestima, a qualidade de vida e o suporte familiar percebido em adultos mais velhos institucionalizados e adultos mais velhos que frequentam os centros de dia? Para responder a esta pergunta, será conduzido um estudo focado em adultos mais velhos que frequentam o lar e o centro de dia. Contudo, para chegar a uma resposta mais aprofundada, foram enunciados os seguintes objetivos específicos: (1) caracterizar a autoestima, a qualidade de vida e o suporte familiar percebido no envelhecimento; (2) analisar as relações entre as dimensões da autoestima, da qualidade de vida e do suporte familiar percebido; (3) estudar a variação entre os construtos em adultos mais velhos institucionalizados e a frequentar o centro de dia; (4) comparar os construtos com outras variáveis independentes, como a idade, sexo, número de anos de institucionalização, habilitações literárias e estado civil; e (5) caracterizar a amostra em termos sociodemográficos.

Esta pesquisa partirá dos conceitos autoestima, qualidade de vida e suporte familiar percebido para estabelecer uma base teórica sólida, que sustentará o estudo empírico subsequente.

O estudo empírico subsequente procurará analisar relações entre as variáveis principais nos dois tipos de instituição já referidos: o lar e o centro de dia. A relevância desta investigação prende-se por compreender de forma mais profunda os fatores psicológicos e sociais que influenciam o bem-estar dos adultos mais velhos. Primeiramente, pretende-se entender como a autoestima impacta a vida dos indivíduos mais velhos e de que forma pode ser fundamental para que estes tenham um envelhecimento saudável. Numa segunda instância, o estudo da qualidade de vida desta população, em contextos de institucionalização, pode ser o ponto de partida para a formação de novas políticas públicas e para o desenvolvimento de práticas de cuidado mais humanizadas. Em terceiro lugar, a análise do suporte familiar pode tornar possível a sensibilização de famílias e comunidades, com destaque para a importância do contacto regular e do apoio contínuo, independentemente do contexto em que os adultos mais velhos estão inseridos. Por último, esta investigação pode oferecer um entendimento holístico sobre a experiência dos adultos mais velhos em instituições ou centros de dia, assim como conferir informações valiosas para a promoção do bem-estar e do respeito pela dignidade dos adultos mais velhos na sociedade.

Através desta dissertação, pretende-se, ainda, enriquecer o conhecimento científico nos campos da Psicologia, Gerontologia, Serviço Social e Sociologia. No domínio da Psicologia, o estudo visa obter informações sobre a saúde mental dos adultos mais velhos portugueses. Na área da Gerontologia, o estudo revela-se importante para o conhecimento sobre como estes contextos (lar e centro de dia) impactam na experiência de envelhecimento. No âmbito do Serviço Social, a investigação pode ajudar a desenvolver intervenções que promovam o suporte familiar para os adultos mais velhos, com implicações para as políticas

públicas e práticas assistenciais. Por fim, no campo da Sociologia, o estudo contribuirá para a compreensão de como as redes familiares influenciam a vida dos adultos mais velhos e como as mudanças sociais impactam essas relações.

Deste modo, esta pesquisa não só acrescentará valor ao conhecimento científico, como também pretende contribuir para a sociedade ao conceber orientações práticas que poderão auxiliar as instituições numa maior compreensão das necessidades dos adultos mais velhos. Os dados recolhidos também poderão servir para o desenvolvimento de políticas públicas que priorizem o apoio a instituições de cuidado. Este estudo, promove também uma visão mais compreensiva e empática sobre as necessidades dos adultos mais velhos, com vista a viabilizar uma cultura de respeito e valorização da terceira idade.

A presente dissertação encontra-se estruturada em três capítulos principais, divididos por subcapítulos. O primeiro, composto pela revisão bibliográfica, aborda o envelhecimento e as suas características gerais, assim como a autoestima, a qualidade de vida e o suporte familiar percebido.

A metodologia, que integra o segundo, engloba o método, os objetivos do estudo, as hipóteses e questões de investigação e a caracterização da amostra.

Por fim, o terceiro diz respeito à análise descritiva bem como à discussão de resultados, onde são expostas as conclusões alcançadas relativamente aos objetivos delineados, e oferecidas, ainda, recomendações para estudos futuros.

No desfecho desta dissertação são apresentadas as principais conclusões, as limitações desta pesquisa e as sugestões para investigações futuras nesta temática.

O capítulo que se segue expõe a literatura que servirá de suporte teórico ao estudo empírico.

## 1. Enquadramento teórico

### 1.1. O envelhecimento e as suas características gerais

O termo envelhecimento é, frequentemente, usado para descrever as mudanças que ocorrem ao longo da vida, processos que ocorrem nos organismos após a maturação sexual e que, progressivamente, comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao *stress* ambiental e à manutenção da homeostasia. No entanto, há investigadores que salientam que existem diversas funções que não são alteradas significativamente com o passar do tempo. Por outro lado, existe consenso sobre o processo de envelhecimento ser, essencialmente, de natureza multifatorial, diretamente dependente da programação genética e das alterações que ocorrem a nível celular e molecular, quanto à diminuição da capacidade funcional das áreas afetadas e em relação à sobrecarga em menor ou maior grau dos mecanismos de controle homeostático (Aluizo et al., 2013).

A vida humana é constituída através de três fases: a fase de crescimento e desenvolvimento, a fase reprodutiva e a senescência. A primeira fase associa-se à maturação dos órgãos e do organismo, que se desenvolve a partir das capacidades funcionais necessárias. A segunda fase relaciona-se com a capacidade de reprodução do ser humano, que garante a continuação das espécies. A última fase, referente ao envelhecimento, é caracterizada pelo declínio da capacidade funcional do organismo e destaca-se pelos desafios emocionais, como o luto e perda de entes queridos, a perda de independência e a adaptação a mudanças significativas na qualidade de vida. Nesta perspetiva, é possível afirmar que o envelhecimento não é um estado, mas um processo de degradação progressivo, que ocorre ao longo da vida, onde inevitavelmente todos os indivíduos são afetados por este processo. Todavia, a sua velocidade e gravidade varia de pessoa para pessoa, pelo que o seu termo natural é a morte (Cancela, 2007).

O estudo do envelhecimento é multidisciplinar, uma vez abrange conhecimentos de diversas áreas, nomeadamente: Biologia, Psicologia, Ciências Sociais e Ciências Humanas. A Biologia foca-se nas mudanças inevitáveis que ocorrem com o passar dos anos (idade) e na deterioração dos sistemas biológicos; a Psicologia investiga as alterações ou estabilidade das funções cognitivas; e as Ciências Sociais examinam as mudanças no contexto de cada um. A interação entre os respetivos fatores molda a experiência de vida de cada pessoa durante o processo de envelhecimento. Esta etapa de vida deve ser encarada de forma positiva, onde apesar de perdas, também existem diversos ganhos a nível pessoal. Este estágio tardio da vida permite um amadurecimento de competências que acarretam desafios e oportunidades (Fernández-Ballesteros, 2011). Para superar alguns desafios do envelhecimento é essencial adotar três comportamentos: a ausência de doença ou o baixo risco da mesma, que não comprometa o bom funcionamento do indivíduo; o bom funcionamento físico e mental; e o envolvimento ativo com a vida (Fonseca, 2014).

O envelhecimento saudável pode e deve ser prevenido desde a idade jovem. Para tal, é imprescindível ter em atenção os riscos ambientais e pessoais existentes. Deste modo, é necessário implementar práticas de vida saudáveis, nomeadamente: realizar exercício físico, adotar uma dieta equilibrada, não ser dependente de substâncias químicas e não ser exposto, constantemente, a situações de *stress* (Santos et al., 2009).

### **1.1.1. Tipos de institucionalização**

Existem diversos tipos de instituições de apoio a adultos mais velhos que visam oferecer os cuidados e o suporte adequados às suas necessidades. Estas instituições têm como objetivo promover a qualidade de vida, o bem-estar e a segurança da população mais velha. Para isso, manifesta-se necessário ter em consideração as suas limitações físicas, emocionais e sociais. De acordo com o panorama atual, a partir do aumento do envelhecimento da população, surgiu a necessidade de implementar novas políticas e respostas sociais (Jacob,

2012). Neste contexto, o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, a Portaria nº67/2012, de 21 de março, regulamenta aquelas que são as condições necessárias para o funcionamento de estabelecimentos residenciais para os adultos mais velhos, com vista a proteger os utentes de situações precárias.

A Segurança Social ([SS], 2024) destaca algumas respostas sociais cujo principal objetivo é promover a autonomia, a integração social e a saúde dos adultos mais velhos portugueses: estruturas residenciais para idosos; centros de dia; centros de convívio; serviços de apoio domiciliário; centros de noite e acolhimento familiar.

As estruturas residenciais para Idosos, mais conhecidas como “lares”, representam uma resposta social que pode ser temporária ou permanente num alojamento coletivo. Estas instituições destinam-se a indivíduos em situações de risco, com perda de independência e autonomia, que necessitem de cuidados e de assistência contínuos. Os principais objetivos dos lares passam por: (1) acolher e prestar assistência a indivíduos cujas condições sociais, familiares, económicas e de saúde não possibilitem alternativas de suporte adequado; (2) oferecer serviços que assegurem a satisfação das necessidades específicas de cada utente; e (3) prestar o apoio necessário às famílias, de forma a fortalecer os laços familiares e contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo (SS, 2024). Deste modo, o lar é reconhecido como um lugar com infraestruturas adequadas, que conta com profissionais qualificados para promover o bem-estar dos indivíduos mais velhos, seja através da prestação de cuidados, seja através da realização de atividades recreativas (Rodrigues & Silva, 2013).

Relativamente aos centros de dia, estes são uma resposta social destinada a disponibilizar um conjunto de serviços essenciais, que permitem a integração dos adultos mais velhos no seu contexto social e familiar. Este serviço representa uma alternativa à institucionalização, que reforça o suporte necessário para que os indivíduos continuem a viver

no seu ambiente habitual, em consonância com a valorização da autonomia e da inclusão social (SS, 2024). Os objetivos destes locais compreendem várias dimensões de apoio e cuidado: (1) assegurar a prestação de cuidados; (2) promover a autonomia e o bem-estar físico e mental dos utentes; (3) promover a construção de relações pessoais e intergeracionais; (4) reduzir o risco de isolamento social; e (5) fortalecer o sentimento de pertença e de apoio (Patrocínio, 2015).

Semelhante aos centros de dia, existem os centros de convívio, que se direcionam para a realização de atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com a participação ativa dos adultos mais velhos, residentes numa comunidade. Estes centros focam-se nos utentes com mais capacidade de autonomia e que não precisem de cuidados específicos, uma vez que as suas principais áreas de atuação são (1) prevenir o isolamento social; (2) incentivar a participação e a inclusão dos adultos mais velhos na vida social; (3) fomentar as suas relações interpessoais; e (4) contribuir para evitar a institucionalização (Lima & Silva, 2020).

Os serviços de apoio domiciliário conferem aos adultos mais velhos, na sua própria residência, o suporte e a assistência que necessitam, como (1) cuidados pessoais; (2) auxílio nas tarefas domésticas; (3) serviços de enfermagem; (4) acompanhamento social; e (5) entrega de refeições (Martin et al., 2010).

Em relação aos centros de noite, estas atendem, sobretudo, adultos mais velhos que vivenciam situações de solidão, isolamento e insegurança, e que necessitam de acompanhamento durante a noite (DGS, 2022). Esta é uma solução que permite que os indivíduos continuem a viver nas suas casas durante o dia, embora ofereçam um ambiente seguro e supervisionado durante a noite. Além de proporcionar um certo conforto emocional, procura reduzir a ansiedade e a insegurança, associadas a passar a noite sozinho e, ainda, manter a independência e promover um envelhecimento ativo (Pereira, 2012).

Por fim, o acolhimento familiar consiste na integração de adultos mais velhos em casas de famílias que se disponibilizam a acolhê-los. A intenção é deste acolhimento destinar-se a viabilizar um ambiente de convivência mais familiar e íntimo, quando comparado com as estruturas residenciais para idosos. Por outro prisma, procura, também, proporcionar um ambiente seguro e estável para os adultos mais velhos que não têm apoio social e familiar (SS, 2024).

### **1.1. Autoestima**

A autoestima é um conceito psicológico que se refere à avaliação subjetiva e global que o ser humano faz de si mesmo. Por outras palavras, trata-se da perceção que o indivíduo tem sobre a sua própria autoimagem, autovalor e autossatisfação, que se reflete no grau de valorização, aceitação e confiança, que alguém tem em relação a si mesmo (Meurer et al., 2009).

Este construto está intimamente relacionado com a forma como cada indivíduo se vê e se avalia em relação às suas competências e habilidades, características pessoais, conquistas e valor como ser humano. Quando a autoestima é saudável e positiva, o indivíduo tem uma visão equilibrada de si mesmo, dado que reconhece as suas qualidades e é capaz de adotar uma atitude positiva perante as adversidades (Tavares et al., 2016).

Neste contexto, a autoestima é um fator-chave para a adaptação saudável ao processo de envelhecimento. Uma autoestima positiva pode contribuir para a manutenção de um senso de identidade e valor pessoal, de maneira a promover a independência e a autodeterminação da geração mais velha, que pode ser caracterizada como um bom indicador de saúde mental (Copatti et al., 2017).

Segundo Rosenberg (1965), a autoestima representa a avaliação que cada ser humano faz de si próprio, que se pode afirmar como uma atitude positiva ou negativa em relação ao *self*. Este fenómeno resulta da influência de fatores sociais e culturais durante a avaliação

global que a pessoa faz de si mesmo. Assim, a autoestima está intimamente relacionada com a autoaceitação e o reconhecimento dos próprios méritos, assim como com a capacidade de lidar com críticas e fracassos de forma construtiva.

Em consonância com a Pirâmide das Necessidades de Maslow, a autoestima representa uma das necessidades de estima do ser humano, que se representa pelo sentimento de competência, valor e respeito por si próprio. O autor acreditava que a autoestima é desenvolvida à medida que as pessoas satisfazem as suas necessidades básicas e se autorrealizam (Giraldo & Holguín, 2017).

Para Rogers, a autoestima é vista como uma atitude positiva que os indivíduos têm em relação a si mesmos. Esta surge quando existe congruência entre a imagem que temos de nós mesmos (o autoconceito) e as nossas experiências reais. A autoestima é desenvolvida através das relações interpessoais saudáveis e de uma abordagem empática e genuína do próprio indivíduo (Scartezini et al., 2013).

Luís (2015) realizou uma investigação com o objetivo de comparar a autoestima e o sentimento de solidão entre idosos em contextos habitacionais diferentes. Neste sentido, praticou um estudo comparativo entre três grupos (40 adultos mais velhos institucionalizados, 33 a frequentar o centro de dia e 40 a residir em casa), em que no total, a investigação constou com 114 participantes. Do resultado apresentado, é possível verificar uma maior taxa de participação do sexo feminino ( $n= 79$ ), com uma idade mínima de 78.39 anos. Portanto, este estudo dá-nos conta de que os adultos institucionalizados apresentam níveis mais baixos de autoestima e mais sentimentos de solidão.

De acordo com um estudo realizado pela *World Wide Web* sobre as diferenças de idade e género na autoestima, que integrou 985.937 participantes do sexo masculino e feminino, foi possível concluir que os homens apresentam maiores níveis de autoestima em relação às mulheres (Bleidorn et al., 2016).

## 1.2. Qualidade de vida

A qualidade de vida é uma medida multidimensional que envolve o bem-estar físico, emocional, social e espiritual do indivíduo, assim como da sua satisfação com os vários aspetos da vida. Esta é influenciada por inúmeros fatores que podem ter um impacto significativo na forma como é percebida, designadamente, as condições de saúde, o nível socioeconómico, o acesso a serviços de saúde, o suporte social, as oportunidades de educação e trabalho, o ambiente físico e cultural, entre outros (Ferreira et al., 2018).

O Grupo WHOQOL (1997) refere que qualidade de vida é a perceção que cada indivíduo tem de si mesmo e da sua vida, em função do contexto em que se insere e tendo em consideração a cultura e os valores que a rodeiam e, ainda, os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Segundo Lawton (1991), a "qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional referenciada a critérios socio normativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospetivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente" (p.6). Desta maneira, a qualidade de vida durante o envelhecimento é influenciada por diversos elementos em constante interação ao longo da vida do indivíduo. A avaliação da qualidade de vida abrange quatro áreas interligadas, que impactam a funcionalidade dos mais velhos: a competência comportamental, as condições ambientais, a perceção da qualidade de vida e o bem-estar psicológico (Trentini, 2004).

A saúde mental também desempenha um papel fundamental na qualidade de vida dos adultos mais velhos. A capacidade de lidar com o *stress*, a presença de apoio social, a satisfação com a vida e a preservação da autonomia são aspetos importantes a serem considerados. A prevenção e o tratamento de doenças mentais, como a depressão e a ansiedade, são fundamentais para promover uma boa qualidade de vida nesta fase. A capacidade de manter a independência e a autonomia nas atividades da vida diária é crucial

para a qualidade de vida desta população, uma vez que inclui a capacidade de tomar decisões, realizar tarefas básicas e ter o controle sobre sua própria vida. A habilidade de realizar as tarefas diárias sem depender da ajuda de terceiros é conhecida como capacidade funcional e pode ser dividida em dois tipos de tarefas: atividades básicas da vida diária (como fazer a própria higiene, vestir-se, alimentar-se) e atividades instrumentais da vida diária (como andar perto de casa, conduzir, fazer compras) (Freitas & Scheider, 2010).

A institucionalização remete para uma situação atribulada na vida de cada indivíduo, que o leva a várias transformações na sua vida e se reflete, muitas das vezes, num quadro depressivo. Em consequência, os indivíduos acabam por se isolar socialmente, o que pode comprometer a qualidade de vida dos utentes (Freitas & Scheider, 2010). Neste sentido, a literatura revela que, indivíduos institucionalizados têm uma pior perceção de qualidade de vida, quando comparados com os indivíduos inseridos na comunidade (Souza et al., 2022).

Freitas e Scheicher (2010) avaliaram e compararam a qualidade de vida dos adultos mais velhos, onde participaram 36 indivíduos institucionalizados, de três instituições privadas, fragmentados por três grupos para realizar as entrevistas. Os respetivos participantes são predominantemente do sexo feminino e não existem diferenças estatisticamente significativas quanto à idade, entre os grupos. Nesta investigação, os principais resultados demonstraram que a qualidade de vida dos participantes se encontra baixa.

Num outro estudo, cujo objetivo foi correlacionar os sintomas depressivos com a capacidade de realização das atividades básicas da vida diária e a qualidade de vida em idosos residentes em instituições de longa permanência, deu-se conta que os mais velhos independentes apresentavam melhores níveis nos domínios de funcionamento sensorial, físico e psicológico. No entanto, os que apresentavam sintomas depressivos, demonstraram piores níveis em todos os domínios da qualidade de vida. Esta análise foi composta por 99

participantes, dos quais 50 do sexo masculino e 49 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 60 e os 99 anos, maioritariamente solteiros ( $n=53$ ) e de cor branca ( $n=58$ ). Além disso, grande parte da amostra verificou-se analfabeta ( $n=43$ ), embora muitos também tivessem o grau do ensino fundamental ( $n=40$ ) (Scherrer et al., 2022), numa investigação onde pretendiam avaliar a qualidade de vida de indivíduos que frequentassem centros de dia, apuraram uma maior correlação positiva entre o domínio físico e a qualidade de vida em geral e reteram que os homens apresentam pontuações mais altas nos domínios físico, psicológico, ambiental e na avaliação geral da saúde. A respetiva amostra foi constituída por 30 adultos mais velhos (21 mulheres e 9 homens), maioritariamente do sexo feminino (70%), com média de idades de 78.23 anos e média de anos de escolaridade de 3.73, apesar de 80% dos inquiridos terem estudado até quatro anos.

Por último, Madeira e colaboradores (2022) analisaram a qualidade de vida de 58 adultos mais velhos que integravam um centro de convívio. Os participantes obtiveram as médias mais elevadas sobre a perceção de qualidade de vida no domínio “Ambiente” (26.9%) do WHOQOL- Bref e no domínio “Participação Social” (15.5%) do WHOQOL- Old. Esta investigação foi composta por 23 participantes, com idades compreendidas entre os 60 e os 74 anos, maioritariamente viúvos (46.6%) e aposentados (77.6%).

### **1.3. Suporte familiar percebido**

O suporte familiar percebido refere-se à perceção subjetiva que um indivíduo tem sobre o apoio emocional, instrumental e informativo, proporcionado pelos membros da sua família. Trata-se da avaliação pessoal do suporte recebido e da disponibilidade da família para ajudar em situações de necessidade ou dificuldade. Esta perceção é multidimensional e abrange aspetos das relações familiares como a coesão, a adaptabilidade e a comunicação. A sensação de ser amado, valorizado, compreendido e apoiado pelos membros da família, assim como a confiança na disponibilidade e capacidade da família em facultar ajuda, orientação e suporte

nas diversas áreas da vida, representam um suporte familiar forte. A ausência de um suporte familiar equilibrado representa um fator de risco para o desenvolvimento de uma perturbação depressiva (Vieira, 2015).

O suporte familiar percebido é um aspeto fundamental para o bem-estar e a qualidade de vida, principalmente, no contexto do envelhecimento. A presença de um suporte familiar satisfatório pode proporcionar apoio emocional, prático e social aos mais velhos e, dessa forma, promover o sentimento de pertença, segurança e cuidado. Este pode ter um impacto significativo na vida desta população ao conceber recursos emocionais, como apoio afetivo e reconhecimento, assim como recursos práticos, como o auxílio nas atividades diárias e na tomada de decisões. Adicionalmente, o suporte familiar desempenha um papel protetor contra problemas de saúde física e mental (Poulin et al., 2012).

A literatura dá-nos conta de diferentes tipos de suportes familiares, nomeadamente, o suporte emocional, o instrumental e o informativo. O suporte emocional refere-se ao apoio afetivo e à expressão de cuidado e compreensão. O suporte instrumental inclui a ajuda prática em atividades do dia a dia, como o auxílio financeiro, o transporte e os cuidados físicos. O suporte informativo envolve a partilha de informações relevantes, tais como as orientações sobre os cuidados de saúde e os recursos disponíveis (Huo et al., 2019).

O suporte familiar percebido está, ainda, associado a melhores resultados de saúde e bem-estar nos idosos. Este pode contribuir para a redução do *stress*, melhorar a resiliência e fortalecer a autoestima. Além disso, o suporte familiar pode influenciar positivamente a adesão a tratamentos médicos, a promoção de estilos de vida saudáveis e o empenho em atividades sociais. No entanto, é importante ressaltar que o suporte familiar percebido não se baseia apenas na presença física dos familiares, mas também na qualidade desse suporte. Um relacionamento familiar saudável e forte é essencial para a perceção de um suporte familiar adequado (Lee et al., 2004).

Araújo e colaboradores (2017) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o apoio prestado pela família a adultos mais velhos com dependência institucionalizados, através do qual foi possível constatar que a grande parte dos institucionalizados recebem apoio das suas famílias. Nesta investigação participaram 111 adultos mais velhos, a maior parte do sexo feminino (56.8%), viúvos (51.4%) e com idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos.

#### **1.4. Autoestima, qualidade de vida e suporte familiar percebido pelos adultos mais velhos**

A autoestima, a qualidade de vida e o suporte familiar percebido são conceitos interconectados que desempenham um papel importante no bem-estar dos adultos mais velhos. A literatura científica tem explorado a relação entre esses aspetos, por forma a prover resultados valiosos sobre a importância do suporte familiar e da autoestima na promoção de uma melhor qualidade de vida na terceira idade.

A literatura existente tem dado conta da importância da autoestima em adultos mais velhos. Souza e colaboradores (2022) analisaram a associação entre a autoestima e a qualidade de vida desta população, num estudo desenvolvido com 519 indivíduos, maioritariamente do sexo masculino ( $n= 354$ ), com idades compreendidas entre os 60 e 64 anos ( $n= 257$ ), católicos ( $n=258$ ), brancos ( $n=340$ ), com ensino superior completo ( $n=196$ ), casados ( $n=313$ ) e com o parceiro há mais de 20 anos ( $n=293$ ). Os resultados demonstraram que a maior parte dos participantes possui uma autoestima satisfatória e a análise final mostrou que a autoestima permaneceu associada, positivamente, a todas as dimensões da qualidade de vida. Por outras palavras, esta análise indica que o aumento da autoestima implica, em simultâneo, o aumento da qualidade de vida.

Uma outra investigação sobre a relação entre a qualidade de vida e a autoestima em adultos mais velhos constatou que existe uma forte correlação entre a autoestima e a qualidade de vida relacionada com a saúde. Esta refere que apresentar uma autoperceção

positiva e sentimentos de autovalor pode melhorar a saúde geral desta população. O respetivo estudo foi realizado no norte da Tailândia e contou com 299 adultos mais velhos da província de Phayao, dos quais com a idade média de 68,7 anos, maioritariamente do sexo feminino (52,57%), 68,9% com o grau escolaridade ao nível do ensino primário, 62,5% casados, 40,8% desempregados, 84,9% não fumadores, 69,9% não consumiam álcool e 53,8% não apresentavam doenças congénitas. As mulheres apresentaram níveis de qualidade de vida superiores aos participantes do sexo masculino, a faixa etária a partir dos 80 anos apresentou menor autoestima, assim como o grupo com menor rendimento apresentou uma menor autoestima (Sadjapong & Thongtip, 2023).

Inouye e colaboradores (2010), realizaram um estudo quanto à relação entre a perceção de qualidade de vida e de suporte familiar entre adultos mais velhos, tendo em consideração o seu nível de vulnerabilidade social e as características sociodemográficas. O estudo constou com 150 participantes, divididos em seis grupos de 25 elementos, cuja maioria é do sexo feminino e com idades superiores a 60 anos. Os principais resultados referem que foram encontradas relações estatisticamente significativas entre os níveis de vulnerabilidade social, os indicadores de nível socioeconómico e as perceções de suporte familiar.

## **2. Metodologia**

### **2.1. Método**

O presente estudo apresenta carácter quantitativo e transversal, já que foi realizado em apenas um momento da investigação e pretende clarificar relações entre as variáveis, com recurso a técnicas estatísticas (Fortin et al., 2009). Para tal, utilizou-se um plano descritivo-correlacional, uma vez que teve como propósito explorar as relações entre as variáveis e descrevê-las (Fortin et al., 2009).

## **2.2. Objetivos do estudo**

Explorar a relação entre a autoestima, qualidade de vida e suporte familiar percebido nos adultos mais velhos institucionalizados e nos adultos mais velhos que frequentam o centro de dia é definido como objetivo principal deste estudo.

Após uma vasta pesquisa foi possível constatar que existem lacunas nesta área de conhecimento devido à falta de estudos realizados no âmbito português. De maneira a ser possível preenchê-las, foi determinado, também, um conjunto de objetivos específicos que passam por: (1) caracterizar a autoestima, a qualidade de vida e o suporte familiar percebido no envelhecimento; (2) analisar relações entre dimensões da autoestima, qualidade de vida e suporte familiar percebido; (3) estudar a variação entre os construtos em adultos mais velhos institucionalizados e a frequentar o centro de dia; (4) comparar os construtos com outras variáveis independentes, como a idade, sexo, número de anos de institucionalização, habilitações literárias e estado civil; e (5) caracterizar a amostra em termos sociodemográficas.

## **2.3. Hipóteses de Investigação**

Com base na fundamentação teórica deste estudo, pretende-se testar as seguintes hipóteses:

**H<sub>1</sub>:** Prevê-se encontrar uma relação positiva e significativa entre a qualidade de vida e o suporte familiar percebido (Inouye et al., 2010).

**H<sub>2</sub>:** Prevê-se encontrar uma relação significativa e positiva entre a autoestima e a qualidade de vida (Souza et al., 2022).

**H<sub>3</sub>:** Espera-se encontrar níveis mais baixos da qualidade de vida em adultos mais velhos a frequentar o lar (Freitas & Scheicher, 2010).

**H<sub>4</sub>:** Espera-se encontrar níveis mais baixos de autoestima em adultos mais velhos a frequentar o lar (Luís, 2015).

**H<sub>5</sub>:** Espera-se encontrar níveis menores de autoestima à medida que a idade vai avançando (Teixeira et al., 2016).

**H<sub>6</sub>:** Espera-se encontrar maiores níveis de autoestima no sexo masculino (Bleidorn et al., 2016).

#### **2.4. Questões de Investigação**

Embora não exista literatura referente às seguintes questões, julgou-se pertinente a sua formulação face à temática da investigação.

**Q<sub>1</sub>:** Encontram-se diferenças entre as habilitações literárias dos adultos mais velhos e a qualidade de vida dos mesmos?

**Q<sub>2</sub>:** Existe relação entre a qualidade de vida e o número de anos de institucionalização dos adultos mais velhos?

**Q<sub>3</sub>:** Existe relação entre o suporte familiar percebido e os anos de institucionalização?

**Q<sub>4</sub>:** Existe diferenças entre o suporte familiar percebido e o tipo de instituição?

**Q<sub>5</sub>:** Existe relação entre o suporte familiar percebido e o estado civil?

**Q<sub>6</sub>:** Existe relação entre a autoestima e o estado civil?

#### **2.5. Caracterização da amostra**

A população-alvo do presente estudo refere-se aos adultos mais velhos que frequentam o centro de dia ou o lar. Utilizou-se o método não probabilístico de amostragem, que não confere a todos os elementos da população a mesma possibilidade de fazer parte da amostra (Fortin et.al., 2009). Em particular, foi utilizado o método de amostragem acidental/conveniência, caracterizado por recrutar indivíduos pela sua presença num local determinado e num preciso momento (Fortin et al., 2009).

Não foi definido previamente um número de participantes, excluíram-se todos os participantes que foram diagnosticados com doenças neurocognitivas, que apresentassem

pontuações mais baixas no *Mini Mental State Examination* (MMSE) e que tenham sido diagnosticados com qualquer patologia que impeça a participação no estudo.

As características gerais da amostra do presente estudo encontram-se na tabela 1. A amostra é constituída por 83 participantes, com idades compreendidas entre os 54 e os 98 anos ( $M = 82.47$ ,  $DP = 8.43$ ), sendo 60 do sexo feminino (72.3%) e 23 do sexo masculino (27.7%). Quarenta e quatro dos participantes (53%) estão institucionalizados no lar e 39 indivíduos (47%) frequentam o centro de dia; dos indivíduos a residir em lar a média do tempo de institucionalização é de aproximadamente 5 anos ( $M = 4.64$ ,  $DP = 3.85$ ). Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes encontram-se viúvos ( $n = 43$ , 51.8%), seguindo-se dos solteiros ( $n = 17$ , 20.5%), casados ( $n = 16$ , 19.3%) e, por fim, divorciados ( $n = 7$ , 8.4%). Grande parte dos participantes apresentam entre um e quatro anos de escolaridade ( $n = 55$ , 66.3%), embora existam vários sem escolaridade ( $n = 16$ , 19.3%), com cinco a nove anos de escolaridade ( $n = 6$ , 7.2%), e por último, dez ou mais anos de escolaridade ( $n = 6$ , 7.2%).

**Tabela 1**

*Descrição Sociodemográfica da Amostra (n= 83)*

<b>Variável</b>	<b>Respostas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	60	72.3%		
	Masculino	23	27.7%		
<b>Idade</b>	Entre 54 e 98 anos			82.47	8.43
<b>Tipo de institucionalização</b>	Lar	44	53%		
	Centro de Dia	39	47%		
<b>Tempo de institucionalização</b>	Entre 0 e 16 anos			4.64	3.85
<b>Estado Civil</b>	Solteiro(a)	17	20.5%		
	Casado(a)	16	19.3%		
	Divorciado(a)	7	8.4%		
	Viúvo(a)	43	51.8%		
<b>Habilitações Literárias</b>	Sem escolaridade	16	19.3%		
	1 a 4 anos de escolaridade	55	66.3%		
	5 a 9 anos de escolaridade	6	7.2%		
	10 ou mais anos de escolaridade	6	7.2%		

## 2.6. Medidas

### 2.6.1. Questionário Sociodemográfico

Aplicou-se um questionário de caracterização sociodemográfica (Anexo I), de modo a recolher informações sobre os participantes. Neste foram incluídas questões relativas ao sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e tipo de instituição que frequenta.

### 2.6.2. *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES)

A *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Anexo II) é um instrumento psicológico, desenvolvido por Morris Rosenberg (1965), para medir a autoestima de uma pessoa a partir de um conjunto de pensamentos e sentimentos em relação a si mesmo, de acordo com os seus ideais, sociedade e cultura em que se insere. Se a perceção do indivíduo estiver em sintonia com os ideais referidos, a sua autoestima tornar-se-á positiva. Caso contrário, será negativa. Esta escala é amplamente utilizada em pesquisas e avaliações psicológicas (Ventura-León et al., 2018). A RSES foi adaptada para a versão portuguesa por Santos e Maia (2003) e, por isso, optou-se por implementar esta versão. O questionário é constituído por dez itens, dos quais cinco foram considerados como indicadores de atitudes positivas em relação ao *self* (“Globalmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a); “Sinto que tenho um bom número de qualidades”; “Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas”; “Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros”; “Adoto uma atitude positiva perante mim próprio(a)”) e os restantes cinco itens são considerados como indicadores de atitudes negativas (“Por vezes penso que nada valho”; “Sinto que não tenho muito de que me orgulhar”; “Por vezes sinto-me de facto um(a) inútil”; “Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a)”; “Em termos gerais inclino-me a achar que sou um(a) falhado(a)”). Os itens correspondem a uma escala de resposta do tipo *Likert* que varia até quatro pontos (1- Concordo Fortemente; 2 – Concordo; 3 – Discordo; 4 – Discordo Fortemente) (Santos & Maia, 2003). A escala está cotada no sentido positivo, o que

relata que quanto maior for a pontuação obtida pelo indivíduo, maior será o indicador de autoestima global. O valor de alfa de *Cronbach* é de .89, o que demonstra que este é um instrumento fiável, que apresenta boas qualidades psicométricas (Santos & Maia, 2003). No presente estudo, o alfa de Cronbach obtido foi de .94, o que significa que manifesta qualidades psicométricas confiáveis.

### **2.6.3. World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF)**

Quanto à qualidade de vida, esta foi avaliada através do *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF) (Anexo III). Este questionário é uma versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para avaliar a qualidade de vida em diferentes populações e contextos culturais (Barrientos et al., 2021). Este foi desenvolvido, originalmente, pelo WHOQOL Group (1965) e traduzido para português por Vaz Serra e colaboradores (2006). Este instrumento é composto por 26 itens agrupados em quatro domínios (1- Físico, 2- Psicológico, 3- Relações Sociais e 4-Ambiente), e inclui também, um aspeto sobre a qualidade de vida geral, que engloba os primeiros dois itens. Estas questões são do tipo *Likert* de cinco pontos (que varia consoante os domínios) e encontram-se formuladas por dimensões positivas e negativas, que permitem avaliar a qualidade de vida dos indivíduos. Os quatro domínios que compõem a escala são constituídos pelos seguintes itens: Domínio 1 - 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18 (e.g: “Tem energia suficiente para a sua vida diária?”, “Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?”) ; Domínio 2 - 5, 6, 7, 11, 19 e 26 (e.g: “Até que ponto gosto da vida?”, “Até que ponto se consegue concentrar?”); Domínio 3 - 20, 21 e 22 (e.g: “Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?”, “Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?”); Domínio 4 - 8, 9,12, 13, 14, 23, 24 e 25 (e.g: “Em que medida se sente em segurança no seu dia a dia?”; “Em que medida é saudável o seu ambiente físico?”). As qualidades psicométricas revelaram ser confiáveis, uma vez que o valor de alfa de *Cronbach* total é de .92, já para o domínio Físico é

de .87, o domínio Psicológico de .84, as Relações Sociais de .64, e o último domínio (Ambiente) de .78 (Vaz Serra et al., 2006). No presente estudo as qualidades psicométricas também se mantiveram boas, dado que para a qualidade de vida geral o alfa encontrado foi de .89, no primeiro domínio (Físico), o alfa foi de .72, no segundo domínio (Psicológico), o alfa foi de .77, no terceiro domínio (Relações Sociais) o alfa foi de .62, e no último domínio (Ambiente) foi de .73.

#### **2.6.4. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)**

O Inventário de Percepção Familiar (Anexo IV) foi desenvolvido para a versão portuguesa por Gonçalves e colaboradores (2016), com base no modelo teórico proposto por Olson e colaboradores (1983). O IPSF é um instrumento de autorrelato que pretende avaliar a percepção que cada indivíduo tem acerca do suporte que recebe da sua família (Batista et al., 2021). Os itens deste inventário foram construídos segundo os instrumentos disponíveis. Inicialmente, era constituído por 136 itens. No entanto, após a análise fatorial, este foi reduzido para 41 itens, segmentados em três dimensões. Os itens são de escala de resposta tipo *Likert* de quatro pontos (1 = Sempre, 2 = Muitas Vezes, 3 = Poucas Vezes, 4 = Nunca). A primeira dimensão é denominada Afetivo-consistente e inclui 21 itens relacionados à expressão de afetividade entre os membros da família (verbal e não verbal), interesse, proximidade, acolhimento, comunicação, interação, respeito e empatia (e.g; “Na minha família conversamos sobre planos familiares”; “A minha família partilha os seus sentimentos”; “A minha família elogia-me” ...). A segunda dimensão, denominada por Adaptação, consiste em 13 itens que abordam sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, como raiva, isolamento, incompreensão, exclusão, percepção de competição entre os familiares, interesses próprios, culpa em conflitos, falta de senso de pertença, vergonha, irritação e relações agressivas (e.g; “Sinto-me excluído da minha família”; “Há ódio na minha família”; “A minha família irrita-me” ...). Por fim, a terceira dimensão,

composta por oito itens, é chamada de Autonomia e engloba questões relacionadas à confiança, liberdade e privacidade entre os membros (e.g; “A minha família deixa-me ser como quero”; “A minha família aceita-me como sou”; “Na minha família, tenho privacidade”). Os índices de confiabilidade, medidos pelo Alfa de *Cronbach*, revelaram que a dimensão Afetivo-consciente apresentou um alfa de .91, a Adaptação de .90 e a Autonomia de .78. A confiabilidade geral da escala é de .93 (Gonçalves et al., 2016). No presente estudo, as qualidades psicométricas mantiveram-se confiáveis, pois o alfa da escala total foi de .96, para a dimensão Afetivo-consciente foi de .98, a Adaptação de .89 e a Autonomia de .99.

## **2.7. Procedimentos**

Primeiramente, definiu-se juntamente com a Professora Doutora Orientadora o tema da investigação, bem como o cronograma da unidade curricular (Anexo V). De seguida, realizou-se uma pesquisa intensiva para dar início à elaboração de um quadro referências, de forma a facilitar a realização da escrita do enquadramento teórico.

Após a elaboração do enquadramento teórico, iniciou-se a parte metodológica, onde consta o método, os objetivos, as hipóteses, a amostra e os instrumentos.

Elaborou-se o pedido de autorização aos autores para a utilização dos instrumentos selecionados, bem como o pedido de autorização para a recolha de dados nas instituições (Anexo VI).

Depois das autorizações, averiguou-se junto das instituições quais os indivíduos com capacidade para participar na investigação e recorreu-se ao *Mini Mental State Examination* (MMSE) ou à informação fornecida pela própria instituição.

Apresentou-se aos participantes a temática do estudo, onde estes puderam escolher se pretendiam prosseguir na participação ou retirar-se. Para os que aceitaram participar, foi necessário assinar o consentimento informado e responder aos questionários (Anexo VII).

No que concerne ao código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011), salvaguardaram-se os princípios necessários, nomeadamente: respeito pela autonomia e a autodeterminação dos participantes; o estabelecimento de relações profissionais (formais e cordiais); a ausência de juízos de valor, aceitando as opiniões, perspetivas e decisões dos participantes, integradas num quadro de respeito por si próprio e pelos outros; a garantia da privacidade e a confidencialidade de toda a informação.

### **3. Resultados**

Os dados recolhidos foram alvo de tratamento estatístico, para tal recorreu-se ao *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 29.0 para *Macbook*. Quanto à caracterização da amostra, foram utilizadas análises descritivas, incluindo medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão), além de calcular as frequências e percentagens das variáveis sociodemográficas. Para avaliar a normalidade da distribuição dos dados, foi aplicado o teste de *Shapiro-Wilk*, determinando se a distribuição era normal ( $p > .05$ ) ou não ( $p < .05$ ). Como os resultados indicaram que a amostra não apresentava uma distribuição normal ( $p < .001$ ), optou-se por testes não paramétricos, como a Correlação de *Spearman*, o teste *U de Mann-Whitney*. Por outro lado, para as variáveis com distribuição normal, foram realizados testes paramétricos, tais como o teste de Correlação de *Pearson*, o *Independent Samples T-test* e o teste da *Anova*.

Na tabela 2, encontram-se os dados obtidos na análise descritiva dos resultados da RSES, IPSF e WHOQOL-Bref. As pontuações médias obtidas e os mínimos e máximos teóricos dos instrumentos indicam níveis satisfatórios de qualidade de vida, autoestima e suporte familiar percebido.

**Tabela 2***Pontuações possíveis e obtidas nos instrumentos*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min-máx	Min-máx teórico
<b>RSES - Autoestima</b>	34.47	5.27	23-40	10-40
<b>IPSF - Suporte Familiar</b>	101.04	21.61	74-168	41-164
<b>Afetivo- Consciente</b>	44.90	18.34	22-88	22-88
<b>Adaptação</b>	42.95	5.15	15-48	11-44
<b>Autonomia</b>	13.18	6.73	8-32	8-32
<b>WHOQOL-Bref</b>	99.32	12.37	70-127	26-130
<b>Qualidade de Vida</b>				
<b>Físico</b>	27.86	4.32	16-35	7-35
<b>Psicológico</b>	22.45	3.63	13-30	6-30
<b>Relações Sociais</b>	11.45	1.56	8-15	3-15
<b>Ambiente</b>	30.82	3.98	22-40	8-40

### 3.1. Qualidade de vida e Suporte familiar percebido

Utilizou-se o Teste de Correlação de *Spearman* para analisar a relação entre a qualidade de vida e o suporte familiar percebido. De acordo com a tabela 3, abaixo apresentada, foram encontradas relações significativas, negativas e fracas entre o suporte familiar total e a qualidade de vida total ( $r_s = -.34, p = 0.002$ ). Este resultado sugere que um maior suporte familiar está levemente associado a uma pior qualidade de vida.

Relativamente ao suporte familiar total e o domínio físico da qualidade de vida, existe uma relação significativa, negativa e fraca ( $r_s = -.33, p = 0.002$ ), como é possível verificar pela tabela 2. Isto é, conforme o suporte familiar total aumenta, a qualidade de vida no domínio físico tende a diminuir ligeiramente, contudo, é uma relação fraca. Em relação ao suporte familiar total e o domínio psicológico da qualidade de vida foram encontradas relações significativas negativas e moderadas ( $r_s = -.45, p < 0.001$ ), como é possível verificar

pela tabela 3. O resultado sugere que, conforme o suporte familiar total aumenta, a qualidade de vida no domínio psicológico tende a diminuir de forma moderada. O suporte familiar percebido total e o domínio relações sociais da qualidade de vida também apresentam relações significativas, negativas, contudo fracas ( $r_s = -0.25, p = 0.25$ ), como é possível verificar pela tabela 3. Significa que, conforme o suporte familiar percebido total aumenta, a qualidade de vida no domínio das relações sociais tende a diminuir ligeiramente.

Quanto à qualidade de vida total e a dimensão afetivo consciente do suporte familiar percebido, foram encontradas relações significativas, negativas e fracas ( $r_s = -0.245, p = 0.26$ ), como é possível verificar pela tabela 3. Este resultado indica que, um aumento na qualidade de vida total está associado a uma diminuição leve na percepção dessa dimensão do suporte familiar. A dimensão autonomia do suporte familiar percebido com a qualidade de vida total também apresenta relações significativas, negativas, mas muito baixas ( $r_s = -0.372, p < 0.001$ ), como é possível verificar pela tabela 3. Portanto, um aumento na dimensão autonomia do suporte familiar percebido está associado a uma diminuição leve na qualidade de vida total.

**Tabela 3**

*Qualidade de vida e suporte familiar percebido*

	<b>Qualidade de vida</b>	<b>Físico</b>	<b>Psicológico</b>	<b>Relações Sociais</b>	<b>Ambiente</b>
	<i>r<sub>s</sub></i>				
<b>Suporte familiar</b>	-.34*	-.33*	-.45**	-.25*	-.19
<b>Afetivo-Consciente</b>	-.25*	-.27*	-.32*	-.23*	-.11
<b>Adaptação</b>	-.04	-.04	-.01	-.02	-.09
<b>Autonomia</b>	-.37**	-.32*	-.54**	-.23*	-.22**

Nota:  $p < 0.05$ , nível de significância; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.001$ ;  $r_s$  = magnitude do coeficiente de *Sperman*

### 3.2. Qualidade de vida e autoestima

Utilizou-se o Teste de Correlação de *Sperman* para analisar a relação entre a qualidade de vida e a autoestima. De acordo com a tabela 4, foram encontradas relações significativas, positivas e moderadas entre a autoestima e a qualidade de vida total ( $r_s = .63, p < 0.001$ ). Neste sentido, também foram encontradas relações significativas, positivas e moderadas entre a autoestima e todas as dimensões da qualidade de vida, tal é possível observar pela tabela seguinte. Estes resultados sugerem que um aumento na autoestima está associado a uma melhor qualidade de vida.

**Tabela 4**

*Qualidade de vida e autoestima*

	Qualidade de vida	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
	$r_s$				
<b>Autoestima</b>	.63**	.51**	.56**	.50**	.45**

Nota:  $p < 0.05$ , nível de significância; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.001$ ;  $r_s$  = magnitude do coeficiente de *Sperman*

### 3.3. Qualidade de vida e tipo de instituição

Utilizou-se o *Independent Samples T-test* para verificar as diferenças entre a qualidade de vida e o tipo de instituição. Como se verifica na tabela 5, os participantes que frequentam o centro de dia apresentam pontuações mais altas para a qualidade de vida total e os seus domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente), apesar de, não se encontrarem resultados significativos. Estes resultados indicam que indivíduos que frequentam o centro de dia tendem a revelar uma melhor qualidade de vida em geral e nas suas diferentes dimensões, embora de forma não significativa.

**Tabela 5***Qualidade de vida e tipo de instituição*

	Lar		Centro de dia		Significância estatística		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<b>Qualidade de vida</b>	98.36	13.55	100.42	10.91	-.749	80	.456
<b>Físico</b>	27.09	4.75	28.72	3.65	.097	81	.087
<b>Psicológico</b>	22.43	3.87	22.46	3.40	.239	81	.971
<b>Relações Sociais</b>	11.16	1.57	11.77	1.49	.373	81	.074
<b>Ambiente</b>	30.68	4.29	30.97	3.62	.255	80	.743

Nota: *M* = média estatística; *DP* = desvio padrão; *t* = valor do *Independent Samples T-test*; *df* = graus de liberdade; *p* < 0.05, nível de significância.

### 3.4. Qualidade de vida e habilitações literárias

Através do teste *Anova* comparou-se as diferenças entre as habilitações literárias e a qualidade de vida. Os participantes foram divididos em quatro grupos: sem escolaridade (*n* = 16), 1 a 4 anos de escolaridade (*n* = 55), 5 a 9 anos de escolaridade (*n* = 6) e 10 ou mais anos de escolaridade (*n* = 6). A análise revelou que não existe uma diferença significativa nas médias de qualidade de vida entre as habilitações literárias ( $F(155.43, 12234.33) = .330, p = .803$ ), como é possível verificar através da tabela 6. Este resultado sugere que a análise mostrou que não há diferença significativa na qualidade de vida entre os níveis de escolaridade.

A média de qualidade de vida foi maior no grupo de 10 ou mais anos de escolaridade ( $M = 102.33, DP = 7.23$ ), tal como é possível verificar através da tabela 6. Os testes *post hoc* (*Tukey HSD* e *Bonferroni*) indicaram que todas as comparações entre grupos não foram

significativamente diferentes. Este resultado sugere que a média de qualidade de vida foi maior no grupo com mais escolaridade, mas as diferenças entre os grupos não foram significativas.

**Tabela 6**

*Habilitações literárias e qualidade de vida*

	Sem		1 a 4 anos de		5 a 9 anos de		10 ou mais anos		<i>Anova</i>	
	escolaridade		escolaridade		escolaridade		de escolaridade		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>		
<b>Qualidade de vida</b>	15	97.53 (12.16)	55	99.77 (12.56)	6	96.67 (16.63)	6	102.33 (7.23)	.330	.803
<b>Físico</b>	16	27.88 (3.99)	55	27.89 (4.43)	6	27.33 (4.85)	6	28.00 (4.73)	.032	.992
<b>Psicológico</b>	16	22.25 (2.69)	55	22.40 (3.72)	6	22.33 (6.12)	6	23.50 (2.51)	.183	.908
<b>Relações Sociais</b>	16	11.13 (1.36)	55	11.65 (1.59)	6	10.17 (1.72)	6	11.67 (1.03)	2.022	.118
<b>Ambiente</b>	15	30.13 (3.98)	55	30.96 (4.06)	6	30.33 (4.27)	6	31.67 (3.50)	.286	.835

Nota. *n* = amostra; *M* = média estatística; *DP* = desvio-padrão; *F* = valor do teste

ANOVA;  $p < 0.05$ , nível de significância.

### 3.5. Qualidade de vida e número de anos de institucionalização

Para analisar a relação entre a qualidade de vida e o número de anos de institucionalização foi utilizado o Teste de Correlação de *Pearson*. Não foram encontradas relações significativas entre a qualidade de vida e o número de anos de institucionalização, as relações encontradas foram apenas positivas, como é possível verificar através da tabela 7.

Estes resultados sugerem que não há uma ligação direta e forte entre o tempo de institucionalização do indivíduo e a sua qualidade de vida, no entanto, em alguns casos, o tempo na instituição pode estar associado a uma qualidade de vida melhor, mas essa relação não é forte o suficiente para ser considerada estatisticamente significativa.

**Tabela 7**

*Qualidade de vida e número de anos de institucionalização*

	Qualidade de vida	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
	<i>r</i>				
<b>Número de anos de institucionalização</b>	.14	.04	.17	.00	.17

Nota:  $p < 0.05$ , nível de significância;  $*p < .05$ ;  $**p < .001$ ;  $r$  = magnitude do coeficiente de *Pearson*

### 3.6. Autoestima e tipo de instituição

O teste de *Mann-Whitney U* foi utilizado para analisar as diferenças na autoestima e o tipo de instituição. Os resultados mostraram que os participantes dos centros de dia tinham uma média de classificação de 43.10, enquanto os que frequentam os lares tinham uma média de classificação de 41.02. O teste revelou que não existe diferenças estatisticamente significativas na autoestima e o tipo de instituição ( $U = 815.000$ ,  $Z = -.396$ ,  $p = .692$ ), como é possível verificar através da tabela 8. Estes resultados sugerem que os indivíduos que frequentam o centro de dia apresentam maiores níveis de autoestima, no entanto, essas diferenças não são significativas.

**Tabela 8***Autoestima e tipo de instituição*

	<b>Lar</b>	<b>Centro de dia</b>			
		<i>Rank</i>	<i>Mann-Whitney</i>	<i>Wilcoxon</i>	<i>p</i>
			<i>U</i>	<i>W</i>	
<b>Autoestima</b>	41.02	43.10	815.00	1805.00	.69

Nota:  $p < 0.05$ , nível de significância.

**3.7. Autoestima e idade**

Recorreu-se ao Teste de Correlação de *Pearson* para analisar a relação entre a autoestima e a idade. Não foram encontradas relações significativas, no entanto, a relação entre as duas variáveis é negativa e muito fraca, como é possível confirmar pela tabela 9. Este resultado sugere que a autoestima não está relacionada com a idade.

**Tabela 9***Autoestima e idade*

	<b>Idade</b>	
	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Autoestima</b>	-.04	.735

Nota:  $p < 0.05$ , nível de significância; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.001$ ;  $r$  = magnitude do coeficiente de *Pearson*

**3.8. Autoestima e sexo**

Utilizou-se o *Independent Samples T-test* para verificar a relação entre a autoestima e o sexo. Como se verifica na tabela 10, não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis. Este resultado sugere que a autoestima não está relacionada com o sexo.

**Tabela 10***Autoestima e sexo*

	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Significância estatística		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<b>Autoestima</b>	34.10	5.41	35.43	4.86	-1.034	81	.304

Nota: *M* = média estatística; *DP* = desvio padrão; *t* = valor do *Independent Samples T-test*; *df* = graus de liberdade;  $p < 0.05$ , nível de significância.

### 3.9. Autoestima e estado civil

Adotou-se o teste *Anova* para comparar as diferenças entre a autoestima e o estado civil. Os participantes foram divididos em quatro grupos: solteiro(a) ( $n = 17$ ), casado(a) ( $n = 16$ ), divorciado(a) ( $n = 7$ ) e viúvo(a) ( $n = 43$ ). A análise revelou que não existe diferenças significativas entre a autoestima e o estado civil ( $F(3, 79) = .722, p = .542$ ), como é possível verificar através da tabela 11. Este resultado sugere que a autoestima e o estado civil não estão relacionados.

Os testes *post hoc* (*Tukey HSD* e *Bonferroni*) e indicaram que todas as comparações entre grupos não foram significativamente diferentes. Este resultado sugere que a média da autoestima foi ligeiramente maior no grupo dos casados ( $M = 35.81, DP = 4.49$ ), tal como é possível verificar através da tabela 11, contudo não foi significativo.

**Tabela 11***Autoestima e estado civil*

	Solteiro(a)		Casado(a)		Divorciado(a)		Viúvo(a)		<i>Anova</i>	
	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<b>Autoestima</b>	17	35.18 (5.38)	16	35.81 (4.49)	7	34.14 (6.44)	43	33.74 (5.27)	.722	.542

Nota. *n* = amostra; *M* = média estatística; *DP* = desvio-padrão; *F* = valor do teste ANOVA;  $p < 0.05$ , nível de significância.

### 3.10. Suporte familiar percebido e o número de anos de institucionalização

Recorreu-se ao Teste de Correlação de *Pearson* para analisar a relação entre o suporte familiar percebido e o número de anos de institucionalização dos adultos mais velhos. Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre o suporte familiar percebido e o número de anos de institucionalização, sendo que, a maior parte das relações são positivas, no entanto, na dimensão Autonomia foi encontrada uma relação negativa, como é possível verificar através da tabela 11. Estes resultados sugerem que o tempo que um indivíduo passa numa instituição não está relacionado com a sua percepção do suporte familiar, no entanto, na dimensão autonomia, há uma relação negativa, o que significa que, quanto mais tempo o indivíduo passa na instituição, menor é a sua percepção de autonomia, sendo que, esta relação não é significativa.

**Tabela 12**

*Suporte familiar percebido e número de anos de institucionalização*

	<b>Suporte Familiar</b>	<b>Afetivo- Consciente</b>	<b>Adaptação</b>	<b>Autonomia</b>
<b>Número de anos de institucionalização</b>				
	.056	.048	.091	-.017

Nota:  $p < 0.05$ , nível de significância;  $*p < .05$ ;  $**p < .001$ ;  $r$  = magnitude do coeficiente de *Pearson*

### 3.11. Suporte familiar percebido e estado civil

Utilizou-se o teste *Anova* para comparar as diferenças entre o suporte familiar percebido e o estado civil. Os participantes foram divididos em quatro grupos: solteiro(a) ( $n = 17$ ), casado(a) ( $n = 16$ ), divorciado(a) ( $n = 7$ ) e viúvo(a) ( $n = 43$ ). A análise revelou que

existem diferenças significativas entre a dimensão Afetivo- consciente do suporte familiar e o estado civil ( $F(3, 79) = 3.010, p = .035$ ), como é possível verificar através da tabela 13. Isto é, o estado civil e a dimensão Afetivo- consciente do suporte familiar estão relacionadas.

Os testes *post hoc* (*Tukey HSD* e *Bonferroni*) permitiram perceber que a média de estar solteiro ( $M = 112.65; DP = 27.05$ ) é significativamente diferente de estar viúvo ( $M = 96.02; DP = 16.83$ ), indicando que os indivíduos solteiros têm maior suporte familiar em comparação com os viúvos. Houve também diferenças nos testes de *post-hoc* (*Tukey* e *Bonferroni*), em que se entendeu que ser solteiro ( $M = 55.06; DP = 19.72$ ) é significativamente diferente de estar viúvo ( $M = 40.26; DP = 16.08$ ), o que indica que os indivíduos solteiros têm maior suporte familiar afetivo-consciente quando comparado com os viúvos.

**Tabela 13**

*Suporte familiar percebido e estado civil*

	Solteiro(a)		Casado(a)		Divorciado(a)		Viúvo(a)		<i>Anova</i>	
	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<b>Suporte Familiar</b>	17	112.65 (27.05)	16	103.50 (23.17)	7	98.00 (22.77)	43	96.02 (16.83)	2.677	.053
<b>Afetivo- Consciente</b>	17	55.06 (19.72)	16	47.56 (18.40)	7	42.71 (20.74)	43	40.26 (16.08)	3.010	.035
<b>Adaptação</b>	17	43.53 (2.92)	16	42.31 (5.76)	7	42.57 (5.38)	43	43.02 (5.67)	.164	.920
<b>Autonomia</b>	17	14.06 (8.07)	16	13.63 (7.50)	7	12.71 (6.60)	43	12.74 (6.06)	.185	.906

Nota. *n* = amostra; *M* = média estatística; *DP* = desvio-padrão; *F* = valor do teste

ANOVA;  $p < 0.05$ , nível de significância.

### 3.12. Suporte familiar percebido e tipo de instituição

Para analisar as diferenças do suporte familiar percebido e o tipo de instituição foi utilizado o teste de *Mann-Whitney U*. Os resultados mostraram que os participantes do lar tinham uma maior média de classificação no Suporte familiar total ( $M = 45.07$ ) e na dimensão Afetivo- consciente ( $M = 46.45$ ), por outro lado, na dimensão Adaptação e Autonomia os participantes do centro de dia apresentaram uma média inferior, ( $M = 44.62$  e  $M = 42.50$ ), respetivamente. O teste revelou que não existem diferenças estatisticamente significativas no suporte familiar percebido total e o tipo de instituição, assim como nas dimensões do suporte familiar percebido e o tipo de instituição, como é possível verificar através da tabela 14. Assim sendo, os resultados sugerem que não há diferenças entre o suporte familiar percebido e o tipo de instituição.

**Tabela 14**

*Suporte familiar percebido e tipo de instituição*

	<b>Lar</b>	<b>Centro de dia</b>			
			<i>Mann-Whitney</i>	<i>Wilcoxon</i>	
		<i>Rank</i>	<i>U</i>	<i>W</i>	<i>P</i>
<b>Suporte Familiar</b>	45.07	38.54	723.00	1503.00	.22
<b>Afetivo- consciente</b>	46.45	36.97	662.00	1442.00	.07
<b>Adaptação</b>	39.68	44.62	756.00	1746.00	.34
<b>Autonomia</b>	41.56	42.50	838.50	1828.00	.85

Nota:  $p < 0.05$ , nível de significância.0

Em síntese, foram encontradas relações significativas, positivas e moderadas entre a autoestima e a qualidade de vida, significando que um aumento na autoestima está

relacionado com uma melhor qualidade de vida. Foram também encontradas diferenças significativas entre a dimensão afetiva consciente do suporte familiar e o estado civil. Ao contrário do esperado, foram encontradas relações significativas, negativas e fracas entre o suporte familiar percebido e a qualidade de vida, revelando que um maior suporte familiar percebido está associado a uma pior qualidade de vida.

Não foram encontradas mais relações estatisticamente significativas.

#### **4. Discussão**

Apresentados os resultados da investigação, segue-se a respetiva discussão, através do confronto de ideias com os conhecimentos manifestos na revisão da literatura.

Na H1 “prevê-se encontrar uma relação positiva e significativa entre a qualidade de vida e o suporte familiar percebido” (Inouye et al., 2010). No entanto, esta hipótese não foi corroborada, uma vez que, de acordo com os resultados obtidos, um suporte familiar elevado está, superficialmente, associado a uma qualidade de vida inferior. Apesar deste resultado não ter sido o esperado obter, tal pode-se justificar em função da dependência excessiva dos adultos mais velhos e da sua perceção de si próprios, bem como das suas capacidades motoras e cognitivas. Quando os adultos mais velhos apresentam um eminente suporte familiar, podem desenvolver por este uma dependência desmedida que, em certos casos, propicia ao desencadeamento de uma perceção de incapacidade ou de falta de autonomia. Estas sensações logram conduzir à diminuição da autoestima, da perceção do controlo sobre a própria vida e, ainda, da sua qualidade de vida (Pillemer et al., 2007). Por outra ótica, a qualidade do suporte familiar pode ser negativamente influenciada, através de sentimentos negativos e de frustração nos adultos mais velhos, sempre que o respetivo suporte for percebido como intrusivo ou paternalista (Ward et al., 2014). Além disso, também as expectativas elevadas, geradas pelos mais velhos em relação ao suporte da sua família, podem dar origem a decepções nos momentos em que as suas necessidades não forem atendidas e, desse modo, impactarem

de forma interditiva a sua percepção sobre a qualidade de vida (Kahana et al., 2012). Por último, constatou-se uma relação negativa entre a dimensão autonomia do suporte familiar e a qualidade de vida, dado que os mais velhos podem considerar a sua autonomia comprometida devido ao seu suporte familiar e, dessa maneira, ser afetada a sua percepção de qualidade de vida (Araújo & Silva, 2017).

Relativamente à H2, “prevê-se encontrar uma relação significativa e positiva entre a autoestima e a qualidade de vida” (Souza et al., 2022). A partir da análise realizada, a hipótese foi confirmada. Afinal, indivíduos com níveis de autoestima elevada tendem a possuir uma visão mais otimista acerca da vida e a usufruir com maior satisfação, sob a forma de comportamentos mais saudáveis (Diener et al., 2009). A autoestima, quando é alta, pode desenvolver nos indivíduos a capacidade de resiliência e induzir, positivamente, a lidarem com os desafios e as adversidades (Rosenberg, 1965).

No que concerne à H3, “espera-se encontrar níveis mais baixos da qualidade de vida em adultos mais velhos a frequentar o lar” (Freitas & Scheicher, 2010). Todavia, os resultados encontrados não corroboram com a literatura, visto que não foram encontradas relações estatisticamente significativas, apesar dos indivíduos que frequentam o centro de dia tenderem a manifestar uma melhor qualidade de vida. Este resultado pode ser justificado pelo volume da amostra que, por ser reduzido, representa um menor poder estatístico e, concludentemente, se torna menos provável de detetar uma diferença real (Faber & Fonseca, 2014). A qualidade de vida pode também variar consoante as dinâmicas da instituição em que os adultos mais velhos estão inseridos, designadamente, os programas e atividades que implementam e os cuidados que apresentam com os utentes na rotina de dia-a-dia (Scherrer et al., 2019). Por outro lado, a institucionalização é, frequentemente, relacionada ao abandono ou à falta de compromisso da família, essencialmente, por parte de culturas que valorizam o cuidado familiar. Desta forma, este estigma sobre as casas residenciais para os mais velhos

pode ser um fator que influencia negativamente as expectativas sobre a qualidade de vida dos utentes (Martínez et al., 2023).

Segundo a H4, “espera-se encontrar níveis mais baixos de autoestima em adultos mais velhos a frequentar o lar” (Luís, 2015). Porém, esta hipótese não foi comprovada, pois os resultados encontrados não se verificam estatisticamente significativos. Neste contexto, o número de participantes pode ser representado como o principal entrave para atingir este resultado, uma vez que o tamanho da amostra é reduzido e, por isso, não permite obter uma perceção ajustada à realidade dos adultos mais velhos. Por outro prisma, este resultado pode também ter sido afetado devido aos participantes com muito baixa autoestima terem recusado participar neste estudo, o que os torna sub-representados na amostra (Chaim et al., 2009).

De acordo com a H5, “espera-se encontrar níveis menores de autoestima à medida que a idade vai avançando” (Teixeira et al., 2016). Embora a literatura aponte que a idade avançada pode estar correlacionada com menores níveis de autoestima, os resultados da presente investigação não confirmam esta relação. Por um lado, tal divergência pode se justificar pelo facto de que os adultos mais velhos institucionalizados há mais tempo podem ter desenvolvido estratégias que lhes permitam preservar a sua autoestima e, dessa forma, adaptarem-se à nova realidade com uma maior capacidade de resiliência (Duridan et al., 2014). Por outro lado, a autoestima não diz somente respeito à idade, as características pessoais e sociais são igualmente importantes na perceção da autoestima de cada um (Santos & Maia, 2003).

Em consonância com a H6, “espera-se encontrar maiores níveis de autoestima no sexo masculino” (Bleidorn et al., 2016). Contudo, este estudo não corrobora a respetiva hipótese, dado que o número de participantes do sexo masculino é 23, ou seja, apresenta-se bastante reduzido. Assim, esta limitação pode justificar a ausência de maiores níveis de autoestima nos homens.

Sobre as questões de investigação, a Q1 “encontram-se diferenças entre as habilitações literárias dos adultos mais velhos e a qualidade de vida dos mesmos?” os resultados assinalam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis, ainda que se observe uma qualidade de vida superior no grupo com maior escolaridade. A explicação para o resultado alcançado basta-se ao facto de que a maioria dos intervenientes no estudo possui uma literacia relativamente baixa. Não obstante, subsistem estudos que indicam que os indivíduos com um maior nível de educação tendem a ter uma melhor saúde física e mental, o que se reflete, conseqüentemente, numa melhor qualidade de vida (Cutler & Lleras-Muney, 2010). Ademais, a educação associa-se a melhores capacidades cognitivas, o que significa que retarda o processo de declínio cognitivo e, por conseguinte, a melhor qualidade de vida (Stern, 2012).

Na Q2, “existe relação entre a qualidade de vida e o número de anos de institucionalização dos adultos mais velhos?”, os resultados mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e o número de anos de institucionalização. Tal pode estar relacionado com a competência dos cuidados prestados nas residências para os adultos mais velhos, visto que as instituições que oferecem cuidados humanizados, atividades de interesse para os residentes e apoio psicossocial conseguem manipular positivamente a qualidade de vida dos mais velhos (Scherrer et al., 2019).

Quanto à Q3, “existe relação entre o suporte familiar percebido e os anos de institucionalização?”, os resultados enunciam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o suporte familiar percebido e o número de anos de institucionalização. Numa primeira fase, identificou-se com a dimensão Autonomia uma relação negativa, que apesar de não ser significativa, sugere que quanto mais tempo o indivíduo passa na instituição, menor é a sua percepção de autonomia. A sensação de autonomia é uma particularidade relevante para o bem-estar do indivíduo, porque esta quando diminui desperta

sentimentos negativos nos mesmos. Muitas vezes, as razões que levam à respetiva diminuição relacionam-se com as práticas institucionais adotadas nas suas residências, que privam os utentes de fazerem a sua rotina de forma autónoma e espontânea (Custers et al., 2013). O suporte familiar percebido diz respeito, sobretudo, à qualidade das relações familiares, independentemente do tempo da institucionalização, pois a qualidade das visitas e o envolvimento emocional da família sobrepõem-se aos anos de institucionalização (Park, 2009). Adicionalmente, espera-se que com o passar do tempo, os adultos mais velhos desenvolvam redes de apoio dentro da instituição, nomeadamente, relações com os outros utentes e colaboradores, a fim de mitigarem o impacto da reduzida presença familiar e de conceberem uma perceção de suporte estável. A adaptação ao ambiente institucional pode fazer com que os adultos mais velhos sintam menos a ausência da família, o que explica a ausência de variações no suporte familiar percebido com o passar dos anos (Martínez et al., 2023).

No que confere à Q4, “o suporte familiar percebido varia consoante o tipo de instituição?”, os resultados mencionam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o suporte familiar percebido e o tipo de instituição. Embora os adultos mais velhos possam frequentar diferentes tipos de instituições, como lares e centros de dia, a interação que cada um pode ter com a sua família nos distintos contextos ocorre de modo similar, o que contribui para que o suporte familiar percebido se mantenha constante. Os adultos mais velhos que integram o centro de dia fazem a sua rotina diária na instituição, mas regressam a casa para dormir ao final do dia, o que limita o tempo livre para a convivência familiar (Martin et al., 2022). Outros fatores de grande importância na perceção do suporte familiar são a proximidade geográfica dos familiares, uma vez que possibilitam realizar mais visitas e interações; e fortalecer os laços familiares e a perceção de apoio (Stapley et al., 2021). Por sua vez, os recursos financeiros também podem ter um grande impacto, dado que

famílias com mais recursos económicos têm maior capacidade de prestar apoio. Portanto, a estrutura familiar também pode ser determinante para o nível de suporte familiar percebido, visto que famílias mais pequenas tendem a ocasionar uma rede de suporte mais consistente e acessível (Booyesen et al., 2021).

Em conformidade com a Q5, “existe relação entre o suporte familiar percebido e o estado civil?”, os resultados apontam que existem diferenças significativas entre a dimensão Afetivo-consciente do suporte familiar e o estado civil. Os testes *post hoc* mostram que os indivíduos solteiros têm um maior suporte familiar em comparação com os viúvos. A justificação para este resultado deve-se aos solteiros construírem redes de apoio mais diversificadas, por não terem o cônjuge como principal fonte de apoio e, por isso, recorrerem ativa e recorrentemente a outros membros da família, amigos e vizinhos para obterem uma maior perceção do suporte familiar (Souza et al., 2023). Já os viúvos podem sentir um impacto significativo na rede de suporte familiar, no respeitante à dimensão Afetivo-consciente, com a perda do cônjuge, que detém uma posição relevante na sua vida e nas suas interações sociais, o que implica a adaptação a uma nova realidade, que pode ser dura de superar, independentemente do apoio dos restantes membros da família (Silva & Alves, 2012).

Por fim, a respeito da Q6, “existe relação entre a autoestima e o estado civil?”, os resultados não demonstram diferenças significativas entre a autoestima e o estado civil. Tal pode se fundamentar em função do facto da autoestima nos adultos mais velhos ser caracterizada como estável. Existem estudos que sugerem que na terceira idade a autoestima pode ser menos vulnerável a mudanças situacionais, como alterações no estado civil, em comparação a fases mais jovens da vida (Orth & Robins, 2010).

## 5. Conclusão

O propósito basilar desta dissertação centrou-se em explorar a relação entre a autoestima, a qualidade de vida e o suporte familiar percebido nos adultos mais velhos institucionalizados e nos adultos mais velhos que frequentam o centro de dia. Para tal, foram definidos objetivos específicos que operaram como alicerces para a edificação do respetivo estudo.

A revisão da literatura, assegurada pelo estado de arte, procurou ampliar o conhecimento sobre o tema e permitiu agregar importância ao objeto de investigação. A metodologia quantitativa adotada, o inquérito por questionário, deteve o indispensável papel de descrever, caracterizar e procurar relações entre os sujeitos, através da componente estatística. Em conjunto, conceberam os resultados para responder ao objetivo geral e, individualmente, a cada um dos específicos que o compõe.

O primeiro objetivo específico – caracterizar a autoestima, a qualidade de vida e o suporte familiar percebido no envelhecimento – permitiu concluir que os adultos mais velhos portugueses apresentam níveis satisfatórios de qualidade de vida, autoestima e suporte familiar percebido.

O segundo objetivo específico – analisar as relações entre as dimensões da autoestima, qualidade de vida e suporte familiar percebido – possibilitou comprovar que uma elevada autoestima se associa a uma melhor qualidade de vida e vice-versa.

O terceiro objetivo específico – estudar a variação entre os construtos em adultos mais velhos institucionalizados e a frequentar o centro de dia – a partir dos dados recolhidos, não reconheceu variações entre os adultos mais velhos institucionalizados e a frequentar o centro de dia.

O quarto objetivo específico – comparar os construtos com outras variáveis independentes como a idade, o sexo, o número de anos de institucionalização, as habilitações

literárias e o estado civil – levou à descoberta de que os indivíduos solteiros têm um maior suporte familiar na dimensão Afetivo- Consciente do que os viúvos.

O quinto objetivo específico – caracterizar a amostra em termos sociodemográficos – outorgou esclarecer que os participantes deste estudo são, essencialmente, do sexo feminino, viúvos, que detêm entre 1 e 4 anos de escolaridade, com idade média de 82 anos e com tempo médio de institucionalização de 5 anos.

No entanto, a existência de limitações é uma característica transversal a todos os objetos de investigação. Nesta dissertação a carência de conteúdo científico no contexto do suporte familiar percebido em adultos mais velhos, em particular, no contexto português, é evidente. Por isso, incita-se, desde já, à contribuição com literatura quanto a este ramo de conhecimento, que relacione as variáveis: autoestima, qualidade de vida e suporte familiar percebido.

Além disso, o grau de generalização dos resultados devido ao tipo de amostra (não probabilística), assim como à dimensão da mesma, face à incapacidade de se estender, homogeneamente, desde a zona norte à sul de Portugal, impediu o alcance de resultados mais representativos. Embora o número de participantes seja razoável para a natureza do estudo, não se pode considerar que seja representativo da população em geral estudada, pois os dados foram apenas recolhidos no distrito de Braga. A dificuldade em obter um tamanho de amostra mais amplo decorreu, em grande parte, por razão das restrições encontradas no contacto com as instituições dispostas a receber os indivíduos externos à organização, para a aplicação de questionários. A presença de alguém exterior à instituição interfere com as rotinas já implementadas, o que dificultou a concretização do estudo. Observou-se, ainda, que nas instituições visitadas, um número significativo de utentes apresentava défices cognitivos, o que, por sua vez, limitou a participação de muitos adultos mais velhos nesta análise.

A escassez de participantes do sexo masculino representa outra limitação no estudo, dado que nas instituições visitadas, este grupo, constitui uma minoria. Portanto, seria uma mais valia incluir mais participantes homens em investigações futuras.

Por outro lado, a idade de alguns participantes também se verificou uma limitação metodológica, visto que foram considerados dois com idade inferior a 60 anos. A razão desta inclusão deve-se ao facto de que, apesar da idade, as suas capacidades cognitivas são similares às dos participantes mais velhos. Ademais, a respetiva seleção foi realizada em conjunto com as psicólogas locais, que recomendaram a participação dos respetivos indivíduos mais jovens face às suas características comuns às dos adultos mais velhos.

Após a aplicação dos questionários refletiu-se sobre a necessidade de inserir novas variáveis sociodemográficas relacionadas com a família, uma vez que, esses dados teriam sido importantes para aprofundar melhor o suporte familiar percebido, nomeadamente, em relação à estrutura familiar, à frequência de contacto com a família e devido à proximidade geográfica da família. Por isso, numa próxima análise seria importante considerar mais variáveis sociodemográficas para aprofundar melhor o tema.

Para pesquisas futuras recomenda-se, também, a aplicação de um maior número de instrumentos, como o WHOQOL-OLD, que é direcionado para a população-alvo. Neste estudo, apenas não foi aplicado porque as psicólogas locais desaconselharam, uma vez que requer bastante tempo para a administração do mesmo.

Outra recomendação para apostar numa investigação futura, que atingiria um resultado mais detalhado, seria no âmbito longitudinal, através do acompanhamento dos indivíduos ao longo do tempo.

Ainda assim, com a concretização da presente dissertação, percebeu-se que é essencial para a prática do psicólogo compreender a psicoeducação sobre o envelhecimento saudável, de forma a oferecer aos adultos mais velhos uma visão mais aprofundada das mudanças

naturais associadas à idade, bem como os ganhos e as perdas da terceira idade, especialmente, a sua capacidade de ser resiliente e a sua adaptação a novos contextos, por forma a que um adulto mais velho se sinta feliz e realizado, independentemente de estar institucionalizado ou a frequentar o centro de dia.

De maneira a promover a qualidade de vida desta população em lares e centros de dia sugere-se, assim, a implementação de atividades e a promoção da saúde tanto física quanto mental dos utentes, a fim de promover a autonomia dos mesmos (WHO, 2002). Uma estratégia para fortalecer os laços familiares e promover o bem-estar dos utentes pode ser através da organização de eventos que permitam juntar a família e o adulto mais velho, de maneira a gerarem interações e a usufruírem de tempo de qualidade em conjunto. A partir destas práticas, a autoestima dos adultos mais velhos tornar-se-á mais elevada uma vez que, tal como este estudo indica, existe uma relação positiva entre a qualidade de vida e a autoestima.

Além do mais, a presente dissertação viabilizou aprimorar competências pessoais e profissionais, dado que o processo de recolha de dados presencial proporcionou um contacto mais direto com a população-alvo e, dessa forma, contribuiu para o conhecimento da realidade vivida pelos adultos mais velhos.

## Referências

- Aluizio, F., Cançado, X., Doll, J. & Gorzoni, M. (2013). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (3º ed). Guanabara Koogan LTDA.
- Araújo, F. L., & Silva, S. S. C. (2017). Suporte social e qualidade de vida de idosos: Uma revisão integrativa. *Revista Kairós: Gerontologia*, 20(1), 163-180.
- Araújo, I., Jesus, R., Araújo, N., & Ribeiro, O. (2017). Percepção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. *Enfermería universitaria*, 14(2), 97-103. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.003>
- Baptista, N. M. (2007). Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudo Componencial em duas Configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(3), 496-509.
- Barrientos, A. M. O., Alves, K., dos Santos, C. F., Farias, E. P. B., Pereira, S. R. N., Santos, M. C., ... & Cavalcanti, H. M. (2021). Qualidade de vida utilizando Whoqol-bref em diabéticos na atenção básica de saúde em Cachoeira-BA. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, 9(3), 43-52. <http://dx.doi.org/10.25194/rebrasf.v9i3.1480>
- Belini, E., Dijkstra, J., Bennemann, R., Silva, E., & Casadei, G. (2021). Espiritualidade e autoestima de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(1), 161-168. <http://dx.doi.org/10.15309/21psd220114>
- Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J., Rentfrow, P. J., Gebauer, J. E., Potter, J., & Gosling, S. D. (2016). Age and gender differences in self-esteem—A crosscultural window. *Journal of personality and social psychology*, 111(3), 396. <http://dx.doi.org/10.1037/pspp0000078>
- Booyesen, F., Botha, F., & Wouters, E. (2021). Conceptual causal models of socioeconomic status, family structure, family functioning and their role in public health. *BMC public health*, 21(1), 191. <https://dx.doi.org/10.1186/s12889-021-10214-z>

- Cancela, G. (2007). O processo de envelhecimento. *Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto*, 3(1).
- Chaim, J., Izzo, H., & Sera, C. T. N. (2009). Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. *O mundo da saúde*, 33(2), 175-181.
- Cimirro, P. A., Rigon, R., da Silva Vieira, M. M., de Castro, H. M. C. T., & Creutzberg, M. (2011). Qualidade de vida de idosos dos centros-dia do Regado e São Tomé–Portugal. *Enfermagem em Foco*, 2(3), 195-198. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n3.134>
- Cipriano, A. F. F. (2017). *Centro de noite como promoção da permanência da pessoa idosa no seu meio habitacional* [Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório da Universidade Lusófona de Lisboa. <http://core.ac.uk/download/pdf/159365104.pdf>
- Copatti, L., Kuczmainski, G., De Sá, A., & Ferretti, F. (2017). Imagem corporal e autoestima em idosos: uma revisão integrativa da literatura. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 22(3). <http://dx.doi.org/10.22456/2316-2171.60583>
- Crespo-Martín, A., Palacios-Ceña, D., Huertas-Hoyas, E., Güeita-Rodríguez, J., Fernández-Gómez, G., & Pérez-Corrales, J. (2022). Emotional impact and perception of support in nursing home residents during the COVID-19 lockdown: a qualitative study. *International journal of environmental research and public health*, 19(23), 15712. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph192315712>
- Custers, A. F., Westerhof, G. J., Kuin, Y., Gerritsen, D. L., & Riksen-Walraven, J. M. (2013). Need fulfillment in the nursing home: Resident and observer perspectives in relation to resident well-being. *European Journal of Ageing*, 10, 201-209. <https://dx.doi.org/10.1007/s10433-013-0263-y>

Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, 29(1), 1-28.

<https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jhealeco.2009.10.003>

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social indicators research*, 97, 143-156.

<https://dx.doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>

Direção-Geral da Segurança Social. (2022). Respostas sociais para pessoas idosas.

Duridan, A., dos Santos, D. F., & Gatti, A. L. (2014). Autoestima e cuidados pessoais em mulheres de 60 a 75 anos. *Aletheia*, 43, 174-187.

Eurostat. (2023). Population structure indicators.

[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo\\_pjanind/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_pjanind/default/table?lang=en)

Faber, J., & Fonseca, L. M. (2014). "How sample size influences research outcomes." *Dental Press Journal of Orthodontics*, 19(4), 27-29. [https://dx.doi.org/10.1590/2176-](https://dx.doi.org/10.1590/2176-9451.19.4.027-029.ebo)

[9451.19.4.027-029.ebo](https://dx.doi.org/10.1590/2176-9451.19.4.027-029.ebo)

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes. *Electronic journal of applied psychology*, 7(1), 22-30.

Ferreira, K., Meireles, F., & Ferreira, C. (2018). Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21,

616-627. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>

Fonseca, A. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In Fonseca, A. (Ed).

*Envelhecimento, saúde e doença - Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 153-179). Lisboa: Coisas de Ler.

Fortin, M.F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*.

LUSODIDACTA

- Freitas, M. A. V. D., & Scheicher, M. E. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *13*, 395-401.
- Gama, B. I. A., Soares, R. A. S., & Silva, C. M. (2020). Perfil da qualidade de vida e capacidade funcional de idosos em distanciamento social ocasionado pela pandemia do COVID-19. *Intercontinental Journal on Physical Education ISSN 2675-0333*, *2*(3), 1-12.
- Giraldo, K. P., & Holguín, M. J. A. (2017). La autoestima, proceso humano. *Revista Electrónica Psyconex*, *9*(14), 1-9.
- Gonçalves, M., Baptista, M. N., & Farcas, D. (2016). IPSF: análise da estrutura interna em uma amostra de jovens adultos portugueses. *Avaliação Psicológica*, *15*(1), 115-123. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2016.1501.12>
- Huo, M., Graham, L., Kim, K., Birditt, S., & Fingerman, L. (2019). Aging Parents' Daily Support Exchanges With Adult Children Suffering Problems. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, *74*(3), 449–459. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbx079>
- Inouye, K., Barham, J., Pedrazzani, S., & Pavarini, I. (2010). Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *23*, 582-592. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000300019>
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & mental health*, *16*(4), 438-451. <https://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.644519>
- Lee, D., Arozullah, M., & Cho, I. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social science & medicine*, *58*(7), 1309-1321. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00329-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00329-0)

- Lima, A. G., & Silva, M. R. (2020). Centros de convivência e a promoção da qualidade de vida em idosos: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(4), 1-10. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.190134>
- Luís, T. S. F., & Farate, C. O. (2015). A Percepção da Autoestima e dos Sentimentos de Solidão em Idosos Institucionalizados.
- Madeira, E., Ramos Machado, J., Alfradique, P., Macedo, E. C., Magno Carvalho, C., & Yuji Koike, R. (2022). QUALITY OF LIFE IN ELDERLY RESIDENTS OF A COMMUNITY CENTER. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 14(1). <https://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11865>
- Martin, G., Oliveira, D., & Duarte, C. (2010). Análise da intensidade dos serviços de cuidado prestados aos Utentes Idosos do Serviço de Apoio Domiciliário. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13, 245-253. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000200009>
- Meurer, T., Benedetti, B., & Mazo, Z. (2009). Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos. *Motriz. Journal of Physical Education. UNESP*, 788-796.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012). “Portaria n.º 67/2012”. Diário da República, 1º série, 58 (março): 1324-1329. Consultado em outubro em: <http://dre.pt/dre/detalhe/portaria/67-2012-553657>
- Oliveira, D., Ladeira, Â., Giacomini, L., Pivetta, N., Antunes, M., Batista, R., & Nascimento Júnior, J. (2019). Depressão, autoestima e motivação de idosos para a prática de exercícios físicos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 20(3), 803-812. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200319>
- Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1983). Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family process*, 22(1), 69-83.

- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *Journal of personality and social psychology*, 98(4), 645. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0018769>
- Park, N. S. (2009). The relationship of social engagement to psychological well-being of older adults in assisted living facilities. *Journal of Applied Gerontology*, 28(4), 461-481. <https://dx.doi.org/10.1177/0733464808328606>
- Patrocinio, P. (2015). O cuidado de idosos em Instituições de Longa Permanência e em Centros-Dia. *Revista Kairós-Gerontologia*, 18, 77-97.  
<http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18iEspecial18p77-97>
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). Envelhecer em Portugal (1a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, F. A. (2012). Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos.
- Pillemer, K., Suitor, J. J., Mock, S. E., Sabir, M., Pardo, T. B., & Sechrist, J. (2007). Capturing the complexity of intergenerational relations: Exploring ambivalence within later-life families. *Journal of Social issues*, 63(4), 775-791.  
<https://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00536.x>
- Poulin, J., Deng, R., Ingersoll, S., Witt, H., & Swain, M. (2012). Perceived family and friend support and the psychological well-being of American and Chinese elderly persons. *Journal of cross-cultural gerontology*, 27(4), 305–317.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10823-012-9177-y>
- Reis, L. A., & Trad, L. A. B. (2015). Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 17(3), 28-41. <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n3p28-41>
- Rodrigues, G., & Silva, D. (2013). A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16, 159-170.

- Rodríguez-Martínez, A., De-la-Fuente-Robles, Y. M., Martín-Cano, M. D. C., Jiménez-Delgado, J. J. (2023). Quality of life and well-being of older adults in nursing homes: systematic review. *Social Sciences*, 12(7), 418.  
<https://doi.org/10.3390/socsci12070418>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sadjapong, U., & Thongtip, S. (2023). Association between self-esteem and health-related quality of life among elderly rural community, Northern Thailand. *Cogent Social Sciences*, 9(2). <https://doi.org/10.1080/23311886.2023.2282410>
- Santos, F. H. D., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em estudo*, 14, 3-10.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 2003, p. 253-268.
- Scartezini, L. G., Rocha, A. C. R., & Pires, V. D. S. (2013). A necessidade de autoestima em Carl Rogers. *Revista FAEF*, 16, 1-7.
- Scherrer Júnior, G., Passos, K. G., Oliveira, L. M. D., Okuno, M. F. P., Alonso, A. C., & Belasco, A. G. S. (2022). Atividades de vida diária, sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, eAPE0237345.  
<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0237345>
- Scherrer, G., Okuno, M. F. P., Oliveira, L. M. D., Barbosa, D. A., Alonso, A. C., Fram, D. S., & Belasco, A. G. S. (2019). Qualidade de vida de idosos institucionalizados com e sem sinais de depressão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 127-133.  
<https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0316>
- Segurança Social, <https://www.seg-social.pt/idosos> retirado a 28 de outubro de 2024.

- Silva, M. D. D. F. D., & Ferreira-Alves, J. (2012). O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25, 588-595. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000300019>
- Souza Júnior, E. V. D., Cruz, D. P., Siqueira, L. R., Rosa, R. S., Silva, C. D. S., Biondo, Tavares, S., Matias, C., Ferreira, S., Pegorari, S., Nascimento, S., & Paiva, D. (2016). Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 3557-3564. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.03032016>
- Souza, F., Mendes, A., Silva, E., Milani, R., & Bennemann, R. (2022). Cognição, humor e autoestima de idosos a partir da estimulação cognitiva. <https://dx.doi.org/10.15309/22psd230318>
- Souza, N. E., da Conceição Melo, C., de Miranda Moreira, C., & Dias, W. N. (2023). O Impacto Da Rede De Suporte Social Para O Idoso Frente À Solidão. *Semana da Diversidade Humana*, 8(1).
- Stapley, E., Vainieri, I., Li, E., Merrick, H., Jeffery, M., Foreman, S., ... & Cortina, M. (2021). A scoping review of the factors that influence families' ability or capacity to provide young people with emotional support over the transition to adulthood. *Frontiers in Psychology*, 12, 732899. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.732899>
- Stern Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet. Neurology*, 11(11), 1006–1012. [https://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70191-6](https://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70191-6)
- Teixeira, C. M., Nunes, F. M. S., Ribeiro, F. M. S., Arbinaga, F., & Vasconcelos- Raposo, J. (2016). Atividade física, autoestima e depressão em idosos. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(3),55-65.
- Teoria e Prática da Gerontologia: Um guia para Cuidadores de Idosos* (1º ed., 127-145). Viseu: PsicoSoma. <http://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8887>
- Trentini, C. M. (2004). Qualidade de vida em idosos.

- Vaz-Serra, A., Canavarro, M. C., & Simões, M. R. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal.
- Ventura-León, J., Caycho-Rodriguez, T., Barboza-Palomino, M., & Salas, G. (2018). Psychometric evidence of rosenberg self-esteem scale in adolescent from lima [Evidencias psicométricas de la escala de autoestima de rosenberg en adolescentes limeños].
- Viana Batista, H. H., Pereira Gonçalves, A., Celi Pallini, A., De Britto Campos, A. M. & Nunes Baptista, M. (2021). Propriedades Psicométricas do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). *Ciencias Psicológicas*, 15(1), e-1976.  
<http://dx.doi.org/10.22235/cp.v15i1.1976>
- Vieira, G. P. M. (2015). *Avaliação do suporte familiar em idosos: estudos de evidências de validade* [Dissertação de mestrado, Universidade São Francisco]. Repositório da Universidade São Francisco.
- Ward, R., Deane, G., & Spitze, G. (2014). Life-course changes and parent–adult child contact. *Research on aging*, 36(5), 568-602.  
<https://dx.doi.org/10.1177/0164027513510325>
- WHO (World Health Organization). (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science e Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization, Division of mental health and prevention of substance abuse. *Measuring quality of life*. Geneva: WHO; 1997.

# **ANEXOS**

## Anexo I. Questionário Sociodemográfico



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA  
BRAGA

### Questionário Sociodemográfico

#### Instruções:

Por favor, coloque uma cruz (X) em cada questão no respetivo quadrado, quando aplicável. Não existem respostas certas ou erradas.

1. Idade:

2. Sexo:

Feminino

Masculino

3. Nome da instituição:

4. Tipo de instituição que frequenta:

Lar

Centro de dia

5. Número de anos de institucionalização (no caso de frequentar o lar):

6. Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

Outro(a)

7. Habilitações literárias:

Sem escolaridade

1º ciclo

2º ciclo

3º ciclo

Secundário

Ensino Superior

## Anexo II. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

### RSES

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respetiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto que tenho algumas qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Adopto uma atitude positiva para comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo III. World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)

### Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Anexo IV. Inventário de Percepção Familiar (IPSF)

### IPSF

(Gonçalves et al., 2016)

Responda às seguintes questões tendo em conta que, 1= Sempre, 2=Muitas Vezes, 3= Poucas Vezes, 4= Nunca.

	Sempre	Muitas Vezes	Poucas Vezes	Nunca
1. Na minha família, conversamos sobre planos familiares.				
2. A minha família expressa claramente pensamentos e emoções entre si.				
3. Na resolução de problemas, temos em conta a opinião de toda a família.				
4. Na minha família, diz-se o que se sente uns pelos outros.				
5. Na minha família, as tarefas são distribuídas adequadamente.				
6. Na minha família, expressamos interesse uns pelos outros.				
7. Há regras para diversas situações na minha família.				
8. A minha família tenta pensar sobre diferentes maneiras de resolver os problemas.				
9. As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas.				
10. A minha família segue as regras por si estabelecidas.				
11. Cada um, na minha família, tem deveres e responsabilidades específicas.				
12. Eu e a minha família conversamos sobre coisas de interesse para todos.				
13. Na minha família, as pessoas tocam-se e abraçam-se.				
14. A minha família partilha os seus sentimentos.				
15. A minha família faz-me sentir melhor quando estou aborrecido(a).				
16. A minha família sabe o que fazer quando há uma emergência.				
17. Na minha família, pode-se falar uns com os outros sobre a tristeza que se sente.				
18. A minha família elogia-me.				
19. A minha família sabe quando alguma coisa má me aconteceu, mesmo que eu não diga.				
20. A minha família proporciona-me conforto emocional.				

21.A minha família sente-se mais próxima entre si do que com pessoas de fora.				
22.A minha família é respeitada por aqueles que a conhecem.				
23.Sinto raiva da minha família.				
24.Sinto vergonha da minha família.				
25.Sinto-me excluído (a) da minha família.				
26.Os elementos da minha família só pensam em si próprios.				
27.Sinto-me como um (a) estranho (a) na minha família.				
28.Há ódio na minha família.				
29.Na minha família, só se mostra interesse uns pelos outros quando se pode ter vantagens.				
30.Parece haver uma série de atritos na minha família.				
31.A minha família irrita-me.				
32.Acredito que a minha família tem mais problemas emocionais do que as outras famílias.				
33.Na minha família, culpa-se alguém quando as coisas não correm bem.				
34.A minha família deixa-me ser como quero.				
35.Na minha família, é permitido que eu faça o que gosto.				
36.A minha família deixa-me decidir o que quero.				
37.A minha família deixa-me sair tanto quanto quero.				
38.A minha família aceita-me como sou.				
39.A minha família faz-me sentir capaz de cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho (a).				
40.A minha família concorda com o meu estilo de vida.				
41.Na minha família, tenho privacidade.				



## Anexo VI. Pedido recolha de dados



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

BRAGA

### **Assunto:** Pedido de autorização para a recolha de dados

Eu, Ana Filipa dos Santos Capela, aluna da Universidade Católica Portuguesa- Centro Regional de Braga, encontro-me a realizar um estudo no âmbito do 2º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, intitulado “Estudo comparativo: autoestima, qualidade de vida e suporte familiar percebido pelos adultos mais velhos institucionalizados ou a frequentar o centro de dia”, sob orientação da Professora Doutora Ângela Azevedo.

O principal objetivo desta investigação é verificar se existem diferenças na autoestima, qualidade de vida e suporte familiar percebido entre os adultos mais velhos institucionalizados e os adultos mais velhos que frequentam o centro de dia. Para o efeito, serão recolhidos os dados através de um questionário sociodemográfico, *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) (Santos & Maia, 2003), *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-BREF) (Vaz Serra et al., 2006), e o Inventário de Perceção de Suporte Familiar (IPSF) (Gonçalves et al., 2016). Será utilizada uma pesquisa de índole quantitativa, transversal e descritivo-correlacional.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a permissão para a recolha de dados junto de adultos mais velhos institucionalizados em lares, bem como de adultos mais velhos a frequentar o centro de dia, com idades superiores a 65 anos, sem défice cognitivo e ausência de doenças neurocognitivas. Prevê-se que a duração dos questionários seja 20 minutos.

Será salvaguardada a confidencialidade na recolha de dados, sendo a participação voluntária e dependente do consentimento informado dos participantes, informando os participantes do objetivo da investigação e da confidencialidade dos seus dados. A análise de dados será, posteriormente, desenvolvida através do programa de tratamento estatístico SPSS.

Deve consentir a sua autorização com um (X) na declaração abaixo.

Com os melhores cumprimentos,

A mestranda:

A orientadora:

Ana Filipa Capela

(Ana Filipa Capela)

-


(Prof. Doutora Ângela Azevedo)

Declaro que autorizo a recolha de dados, conforme indicações descritas acima neste documento. <sup>□</sup>

Assinatura: \_

Data: \_

## Anexo VII. Consentimento informado

 UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA  
BRAGA

**Assunto: Consentimento Informado**

Eu, Ana Filipa dos Santos Capela, aluna da Universidade Católica Portuguesa-Centro Regional de Braga, encontro-me a desenvolver a Dissertação de Mestrado, orientada pela Professora Doutora Ângela Azevedo. A investigação intitula-se como "Estudo comparativo: autoestima, qualidade de vida e suporte familiar percebido pelos adultos mais velhos institucionalizados ou a frequentar o centro de dia". Deste modo, o principal objetivo é verificar se existem diferenças na autoestima, qualidade de vida e suporte familiar percebido entre os adultos mais velhos institucionalizados e os adultos mais velhos que frequentam o centro de dia.

Para tal, serão aplicados: um questionário sociodemográfico, *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)* (Santos & Maia, 2003), *World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF)* (Vaz Serra et al., 2006), e o Inventário de Perceção de Suporte Familiar (IPSF) (Gonçalves et al., 2016).

A duração da administração dos questionários está prevista durar 20 minutos, caso surja alguma questão durante o preenchimento, o investigador estará presente para esclarecer eventuais dúvidas.

Não há benefícios conhecidos para os participantes, no entanto, este estudo trará novidades para o espaço científico, sendo uma mais-valia nesse sentido.

A sua participação é voluntária e tem toda a liberdade de recusar ou de abandonar. Todos os resultados recolhidos serão tratados de forma confidencial e anónima. Caso pretenda participar, leia atentamente todas as questões e responda segundo as instruções, tenha particular atenção, para que, não deixe nenhuma questão por responder. Não há respostas certas ou erradas.

Para responder ao protocolo de investigação, deve consentir a sua participação com um (X) na declaração abaixo.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração para a concretização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

A mestrand(a):  
Ana Filipa Capela  
(Ana Filipa Capela)

A orientadora:  
\_\_\_\_\_  
(Prof. Doutora Ângela Azevedo)

Declaro que aceito participar neste projeto de investigação. Fui informado(a) acerca da natureza do estudo, da participação voluntária e da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

Data: \_\_\_\_\_