

UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos  
institucionalizados

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Gerontologia  
Social Aplicada**

**Ana Filipa Rocha Araújo Marques**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

OUTUBRO 2017



**CATÓLICA**  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

---

BRAGA

Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos  
institucionalizados

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Gerontologia  
Social Aplicada**

**Ana Filipa Rocha Araújo Marques**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Filomena  
Ermida da Ponte**

## Resumo

A dissertação aqui apresentada baseia-se numa investigação desenvolvida no âmbito do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida em idosos institucionalizados. A amostra, (n=100) participantes são idosos com idades que oscilam entre os 65 e os 96 anos, distribuídos por três estruturas residenciais para pessoas idosas, no concelho de Vila Nova de Famalicão. A motivação para esta temática, justifica-se pela relevância da matéria, conteúdo primordial na área da Gerontologia, pois progressivamente existem mais idosos e a perspetiva de vida mais prolongada é uma evidência. Dadas as limitações físicas e mentais, que advêm da idade prolongada dos idosos é de extrema importância, a garantia do seu bem-estar e respetiva qualidade de vida. Assim, emerge e incrementa-se o interesse em analisar a qualidade de vida, a satisfação com a vida e existência ou não de momentos de *flow*. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal e correlacional onde foram aplicados quatro instrumentos: questionário sociodemográfico, escala de satisfação com a vida - SWLS (Diener, Emmons, Larsen e Griffins, 1985), questionário da qualidade de vida - WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2007), questionário de *flow* (Graziano, 2005). Os resultados revelam que os idosos inquiridos estão satisfeitos com a vida e têm uma boa qualidade de vida. Relativamente ao questionário de *flow*, apesar de ser um instrumento com limitações, mais de metade da amostra afirmou já ter tido momentos de felicidade subjetiva. Contudo, o *flow* não se correlaciona significativamente, sendo que a qualidade de vida e a satisfação com a vida correlacionam-se positiva e significativamente

Palavras-chave: envelhecimento, institucionalização, qualidade de vida, satisfação com a vida, *flow*

## Abstract

This master thesis is based on a research developed in the field of subjective well-being and the life quality of institutionalized elderly. The sample, (n=100) participants are elderly between 65 to 96 years, who live in three nursing homes in Vila Nova de Famalicão. The choice of this subject is due to the relevancy of this matter, a primordial content in the Gerontology area, since the number of elderly in our society is significantly increasing, as well as the average life expectancy. Given the physical and mental limitations, derived from their age, it's extremely important to ensure the elderly well-being and quality of life. Thus, the interest of analysing the quality of life, life satisfaction and the flow experience raised and increased significantly. This is a quantitative, observational, transversal and correlational study, in which four instruments were applied: sociodemographic questionnaire, life satisfaction scale - SWLS (Diener, Emmons, Larsen and Griffins, 1985), quality of life questionnaire - WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2007), flow questionnaire (Graziano, 2005). The results show that the inquired elderly are happy and have a good quality of life. When it comes to the flow questionnaire, although it is an instrument with some known limitations, more than half of the sample stated to have moments of subjective happiness. Nonetheless, the flow does not correlate significantly, since the quality of life and life satisfaction are positively and essentially correlated.

Keywords: aging, institutionalization, quality of life, life satisfaction, flow

## Agradecimentos

Neste percurso universitário que tanto me enriqueceu de forma pessoal e acadêmica, contei com o apoio de pessoas imprescindíveis. Quero deste modo agradecer muito:

À Professora Doutora Filomena Ponte, pela fantástica orientação, total disponibilidade, e todo o conhecimento transmitido.

Às direções das três instituições que me deram total liberdade para realizar os inquéritos e abertura para me deslocar na instituição.

Às pessoas que responderam aos inquéritos pela colaboração e transmissão das suas vidas memoráveis, e ainda a partilha de momentos bastante agradáveis.

E também às pessoas que me rodeiam todos os dias e que foram compreensivas em qualquer momento. Aos meus pais, pela dedicação e encorajamento neste percurso e ao meu irmão pela sabedoria transmitida.

Obrigada de coração!

Esta investigação é dedicada à memória da minha querida avó que era um dos meus pilares. Pela sua determinação em querer aproveitar todos os minutos da sua vida e pelo sorriso que a acompanhava sempre!

# Índice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumo .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>Abstract .....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>Agradecimentos .....</b>                                   | <b>5</b>  |
| <b>Índice de Figuras .....</b>                                | <b>8</b>  |
| <b>Índice de Tabelas .....</b>                                | <b>8</b>  |
| <b>Introdução .....</b>                                       | <b>10</b> |
| <b>Capítulo I – Módulo Conceptual.....</b>                    | <b>12</b> |
| 1. Envelhecimento Demográfico .....                           | 12        |
| 1.1. Esperança média de vida .....                            | 14        |
| 1.2. Institucionalização.....                                 | 14        |
| 2. Envelhecimento e velhice .....                             | 18        |
| 2.1. Envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento ativo ..... | 21        |
| 3. Qualidade de vida .....                                    | 24        |
| 3.1. Satisfação com a Vida .....                              | 29        |
| 3.3. Bem-estar psicológico .....                              | 35        |
| 4. Qualidade da experiência subjetiva .....                   | 38        |
| 4.1. A teoria do flow.....                                    | 38        |
| <b>Capítulo II – Enquadramento do Estudo.....</b>             | <b>42</b> |
| 1. Motivação .....  | 42        |
| 2. Objetivos Geral e Específicos.....                         | 42        |
| <b>Capítulo III – Metodologia .....</b>                       | <b>44</b> |
| 1. Caraterização das Instituições .....                       | 45        |
| 2. Amostra .....  | 47        |
| 3. Instrumentos de avaliação .....                            | 52        |
| 4. Procedimento de recolha de dados .....                     | 57        |
| 5. Procedimentos de Análise de Dados .....                    | 58        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Capítulo IV - Apresentação dos Resultados.....</b>  | <b>59</b> |
| 1. Resultados descritivos .....  | 59        |
| 1.1. Satisfação com a Vida .....   | 59        |
| 1.2. Qualidade de Vida .....   | 60        |
| 1.3. <i>Flow</i> .....   | 63        |
| 2. Comparação de grupos .....  | 65        |
| 2.1. Diferenças com a idade .....  | 66        |
| 2.2. Diferenças de género .....  | 66        |
| 2.3. Dependência na mobilidade .....   | 67        |
| 2.4. Institucionalização.....  | 67        |
| 2.5. Participação em atividades .....  | 68        |
| 2.6. Convívio Social.....  | 69        |
| 3. Associações entre variáveis .....   | 69        |
| 3.1. Qualidade de vida e Satisfação com a vida .....   | 69        |
| 3.2. Qualidade de vida, satisfação com a vida, idade e tempo de<br>institucionalização ..... | 71        |
| <b>Capítulo V - Discussão dos Resultados.....</b>  | <b>72</b> |
| <b>Conclusão .....</b>   | <b>81</b> |
| <b>Referências Bibliográficas .....</b>  | <b>84</b> |
| <b>Anexos.....</b>   | <b>91</b> |

## Índice de Figuras

|   |    |
|---|----|
| Figura 1: Modelo da qualidade de vida na velhice elaborado por Lawton (Adaptado de Lawton, 1991).....                         | 25 |
| Figura 2: Modelo hierárquico da felicidade (Adaptado de Diener, Scollon & Lucas, 2003).....                                   | 33 |
| Figura 3: Modelo multidimensional de bem-estar psicológico e os seus teóricos de origem (Adaptado de Ryff e Keyes, 1995)..... | 38 |
| Figura 4: Modelo original de flow (Adaptado de M. Csikszentmihalyi, 1990, p. 74) ...  | 40 |

## Índice de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1: Caraterização Sociodemográfica da Amostra (N=100).....   | 50 |
| Tabela 2: Caracterização Sociodemográfica da Amostra por Género (N=100).....   | 51 |
| Tabela 3: Resultados da análise de consistência interna da Escala de Satisfação com a Vida (N=100).....  | 54 |
| Tabela 4: Resultados da análise de consistência interna do Questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) (N=100) .....   | 56 |
| Tabela 5: Resultados descritivos (valores médios, desvios-padrão, valor mínimo e máximo) dos itens e do total da escala de Satisfação com a Vida (SWLS) (N=100) ....                         | 59 |
| Tabela 6: Resultados descritivos relativos ao nível de Satisfação com a Vida (frequências absolutas e relativas) (N=100) .....   | 60 |
| Tabela 7: Resultados descritivos (valores médios, desvios-padrão, valor mínimo e máximo) dos domínios e total do Questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) (N=100) .....               | 61 |
| Tabela 8: Resultados descritivos (valores médios, desvios-padrão, valor mínimo e máximo) dos itens (N=100).....  | 62 |
| Tabela 9: Resultados descritivos relativos aos itens 1 e 2 do Questionário WHOQOL: avaliação global da Qualidade de vida e satisfação com a saúde (frequências e percentagens) (N=100) ..... | 63 |
| Tabela 10: Resultados descritivos relativos ao item 1 do Questionário de Flow (frequência absoluta e relativa) (N=100).....  | 64 |
| Tabela 11: Resultados descritivos relativos ao Questionário de Flow (frequências absolutas e relativas por item) (N=58) .....  | 65 |

|  |    |
|--|----|
| Tabela 12: Resultados do t-test para amostras independentes: idade categorizada (N=100) .....  | 66 |
| Tabela 13: Resultados do t-test para amostras independentes: género (N=100).....   | 67 |
| Tabela 14: Resultados do t-test para amostras independentes: dependência na mobilidade (N=100) .....   | 67 |
| Tabela 15: Resultados do t-test para amostras independentes: iniciativa da institucionalização (N=100) .....   | 68 |
| Tabela 16: Resultados do t-test para amostras independentes: participação em atividades (N=100) .....  | 68 |
| Tabela 17: Resultados do t-test para amostras independentes: Convívio Social (N=100) .....   | 69 |
| Tabela 18: Resultados da Correlação de Pearson para o estudo da associação entre os domínios da Qualidade de vida e a satisfação com a vida (N=100).....                                       | 70 |
| Tabela 19: Resultados da Correlação de Pearson (N=100) .....   | 70 |
| Tabela 20: Resultados da Correlação de Pearson para o estudo da associação entre os domínios da Qualidade de vida, a satisfação com a vida, idade e tempo de institucionalização (N=100) ..... | 71 |
| Tabela 21: Identificação dos espaços de convívio.....  | 95 |
| Tabela 22: Atividades desenvolvidas, grau de envolvimento e interações sociais .....   | 96 |

## Introdução

Atualmente, o envelhecimento demográfico é um fenómeno inquietante ao nível mundial. Portugal não é exceção, uma vez que também existe a mesma inquietação. As pessoas idosas vivem mais tempo, devido a diversos fatores como melhoria das condições básicas de vida, do nível educativo, da situação económica e o avanço tecnológico nos cuidados de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças. No envelhecimento, esta definição de saúde não é possível pois a pessoa começa a perder capacidades cognitivas, implicando alterações físicas, tornando a pessoa mais debilitada, e socialmente inativas. Os idosos devem constituir uma faixa etária privilegiada nas intervenções futuras do país. A presente investigação incide num grupo de idosos que estão institucionalizados, contudo alertamos para que os idosos que estão nos seus domicílios não sejam esquecidos.

A presente pesquisa centra-se na qualidade de vida deste grupo em estudo, através da satisfação com a vida e enfoque em momentos de “*flow*” proporcionados aos idosos institucionalizados em três instituições do concelho de Vila Nova de Famalicão. Este tema tem interesse relevante, devido ao bem-estar que o idoso deveria experienciar ao longo da sua vida, mas também no final da mesma. Apesar de a institucionalização ser vista como uma conjuntura negativa na vida dos idosos, esta investigação vem mostrar que a realidade, na generalidade, não é essa. Mesmo existindo múltiplos estudos sobre a qualidade de vida na velhice, é preciso refletir sobre a mesma especificando os seus fatores de risco *versus* protetores. Nesta investigação, pretendemos adicionar os momentos de *flow* que podem proporcionar momentos de felicidade e consequentemente, o bem-estar subjetivo do idoso.

Relativamente à estrutura do trabalho apresentado, está organizado em cinco capítulos: capítulo I - Módulo conceptual, capítulo II - Enquadramento do estudo, capítulo III - Metodologia, capítulo IV - Apresentação dos resultados, e capítulo V – Discussão dos resultados. Inicialmente faz-se uma introdução justificando a importância da presente investigação. O primeiro capítulo desdobra-se em quatro pontos estruturantes que apresentam a fundamentação teórica, provendo-nos de informações necessárias à compreensão do tema, incluindo o envelhecimento demográfico, o

envelhecimento e velhice, a qualidade de vida, e a qualidade da experiência subjetiva. O segundo capítulo justifica a motivação para o estudo e apresenta os objetivos formulados. O terceiro capítulo contempla também quatro pontos estruturantes: o método; a caracterização das instituições, a amostra, composta pelos participantes do estudo; os instrumentos utilizados e os procedimentos para a recolha dos dados, e o procedimento de análise de dados. O quarto capítulo destina-se à apresentação dos resultados, através de quadros e das análises descritivas, das comparações de grupos e da associação entre variáveis. No quinto e último capítulo, apresenta-se a análise dos resultados. Para finalizar, é realizada uma conclusão sumária do trabalho realizado.

## Capítulo I – Módulo Conceptual

### 1. Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento demográfico é uma questão muito pertinente, sendo cada vez mais notório na sociedade e com grande impacto. Surge “no aumento da proporção das pessoas idosas na população total” (Rebelo & Penalva, 2005, p. 7). No nosso país este fenómeno está intensificado, havendo atualmente mais idosos do que jovens, ou seja, Portugal está a tornar-se um país envelhecido. Paúl e Fonseca (2005) reforçam que a taxa de natalidade e mortalidade diminuiu, aumentando expressivamente o número de idosos no conjunto da população do país. Isto faz com que haja um desequilíbrio na estrutura etária, tendo grande implicação ao nível da sociedade (Rebelo & Penalva, 2004). Este desequilíbrio verifica-se no estreitamento da base da pirâmide etária, devido à redução do número de jovens e ao alargamento do topo, referente ao aumento do número de idosos. A natalidade diminuiu de uma forma abismal, tendo uma taxa de fecundidade tão baixa que se torna impossível renovar as gerações, “sendo uma das componentes influenciadoras da dinâmica demográfica, a par com a mortalidade e as migrações” (INE, 2009, p. 10). Hoje em dia, o número de filhos por mulher é de um filho, havendo ainda um retardamento da natalidade, ou seja, em média as mulheres fazem a primeira gestação com idade superior a 30 anos (INE, 2009).

O envelhecimento demográfico está determinado pela “redução da mortalidade em todas as idades e conseqüente aumento da esperança média de vida e pela redução da natalidade, o que representa uma diminuição sucessiva de nascimentos e do número de jovens na base da pirâmide” (Fernandes, 2014a, p. 12). Isto é, esta diminuição está relacionada com questões sociais, culturais e económicas. Estas alterações demográficas aconteceram devido “à redução da fecundidade particularmente sentida nos anos 90; acréscimo da esperança de vida; alteração dos fluxos migratórios (...); envelhecimento demográfico tanto na base da pirâmide etária (...) como no seu topo (...)” (Rebelo & Penalva, 2004, p. 7).

Contudo, Carrilho e Patrício (2010, p. 130) reforçam que “dentro da população idosa, o crescimento é mais forte nos idosos mais velhos”. Isto diz-nos que estamos perante uma população mais envelhecida e heterogénea, pois ninguém envelhece da mesma forma. O envelhecimento demográfico está presente em menor número nos países em desenvolvimento, “ (...) projetando-se que aumente mais de 25% entre 2010

e 2050, quando comparado com um aumento de 71% em igual período nos países mais desenvolvidos” (Fernandes, 2014b, p. 93).

Prevê-se que Portugal será o país mais rápido da Europa a ter um crescimento de população idosa. Atualmente vivem no nosso país “mais de 2 milhões de idosos representando 19,1% do total da população, mas contabiliza-se que em 2050 este número aumente, representando 31,8% da população total” (António, 2013, p. 81). Com estes valores, segundo Paúl e Fonseca (2005), Portugal tornar-se-á o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos.

No município de Vila Nova de Famalicão, segundo o PORDATA, em 2014 existia uma população de 133 494 pessoas, sendo que 15% eram idosos. Através dos Censos de 2011 foi possível analisar o índice de dependência dos idosos em Vila Nova de Famalicão, mostrando que houve um aumento significativo entre 2001 e 2011, de 15% para 19,7%, respetivamente. Também o índice de envelhecimento aumentou, entre os mesmos anos, de 56,5% para 85,3, na mesma ordem. O índice de longevidade aumentou de 36,3% para 44,1%, seguindo a mesma lógica. No concelho de Vila Nova de Famalicão, a população idosa está a aumentar e o seu nível de dependência acompanha este crescimento.

Relativamente ao género, o sexo feminino está em maioria quando falamos da velhice. Trentini (2004) realça que as mulheres têm a vida mais longa que os homens devido à maior frequência ao nível de assistência médica, maior apoio social e menos vulnerabilidade biológica. Contudo, quando alcançam a velhice, as mulheres são mais propensas a doenças de longo prazo, sendo crónicas e tornando-as incapacitadas, enquanto os homens acarretam doenças, curtas e fatais. Ou seja, existem mais mulheres viúvas do que homens.

O envelhecimento populacional visto como uma nova ordem social, baseado em Paúl e Fonseca (2005, p. 16), está assente em três perspetivas: a da psicologia, a da saúde e a da prestação de cuidados. Na perspetiva da psicologia, o acompanhamento é feito devido à “procura da construção de sentidos e significados para o ato de envelhecer”. Relativamente à saúde, o acompanhamento deve ser feito regularmente, pois existe “um aumento do risco de adoecer e da necessidade de recurso aos serviços de saúde”. Quanto à prestação de cuidados, a grande “heterogeneidade verificada entre os idosos suscita a necessidade de analisar a adequação dos tipos de cuidados mais comuns”.

Quanto à sua evolução histórica, Walker (1999, cit. in Paúl & Fonseca, 2005, p. 21) afirma ter havido três fases na preocupação política relativa aos idosos. A primeira foi entre 1940 e 1970 quando começa a tornar-se viral a reforma, havendo uma preocupação com o envelhecimento, reconsiderando as pessoas como dependentes; a segunda fase foi entre 1970 e 1980, sendo uma fase de transição, ou seja, tornou-se um problema económico; a terceira e última é referente à atualidade, onde a “sobrecarga económica” continua, e começam a existir políticas para a velhice.

### 1.1. Esperança média de vida

A esperança média de vida é um conceito que está cada vez mais a tornar-se discussão mundial, podendo ser visto de forma positiva ou negativa. Para as novas gerações é um ponto positivo visto que vão viver mais anos, contudo nas idades mais avançadas é um fator negativo pois existe um aumento do número de “ (...) doenças, incapacidades e dependência (...) ” (Fernandes, 2014a, p. 10).

Em Portugal, a esperança média de vida à nascença, em 2014 (PORDATA), era de 81,3 anos no geral, de 78 para os homens e de 84,4 para as mulheres. Ainda que o menor valor para os homens possa estar relacionado com comportamentos de risco, “as mulheres vivem mais tempo mas em pior estado de saúde” (Fernandes, 2014a, p. 21).

Fernandes (2014a, p. 21) explica que a longevidade das mulheres está associada a fatores biológicos, sociais e comportamentais. Relativamente aos fatores biológicos, o estrogénio é benéfico nas mulheres pois ajuda a atuar contra as doenças cardíacas, e nos homens a testosterona pode ser prejudicial. Ainda a presença de dois cromossomas X traz vantagens ao sexo feminino. Ao nível dos fatores sociais e comportamentais, os homens estão mais suscetíveis. Ou seja, “os homens expõem-se mais do que as mulheres a ambientes agressivos (...)”; “as mulheres evitam drogas duras, bebidas alcoólicas, tabaco e comportamentos sexuais de risco”; por fim, os homens dormem menos, não têm horários para as refeições e não estão tão informados relativamente à nutrição.

### 1.2. Institucionalização

O conceito de institucionalização é definido por vários autores. No geral é “ (...) por um lado, ato ou efeito de institucionalizar, e por outro, os efeitos observados nos idosos que são integrados na instituição” (Carvalho & Dias, 2011, p. 166). Jacob

(2002b, cit. in Almeida, 2008, p.79) define institucionalização como “quando, por qualquer motivo, este permanece durante o dia ou parte dele, numa determinada instituição”. A institucionalização envolve “valores, responsabilidades, crenças e necessidades” (Carvalho & Dias, 2011, p. 166), pois existe um misto de emoções e tensões entre os familiares, sendo visto ainda, como um tabu que deve ser desmitificado. Correia (2007, cit. in Rodrigues, 2011) afirma que apenas uma pequena parte da população idosa toma a decisão por vontade própria de ir viver para um lar de idosos.

O sentido de continuidade da vida da pessoa idosa é significativamente alterado no momento da transferência da sua casa para a instituição que a vai acolher, pelo que é muito importante a criação de condições ao seu bem-estar e qualidade de vida. Por este motivo, é de extremo interesse que a pessoa idosa mantenha o seu estilo de vida após a institucionalização. O idoso, nesse processo, tem que ter conjunturas que correspondam aos seus ideais e exigências, sendo mais acessível para o idoso vivenciar a sua velhice (Almeida, 2008). A instituição que acolhe o idoso deve manter vivo o seu dia-a-dia, fazendo com que o idoso seja estimulado e assim, retardar o envelhecimento, sendo este um dos aspetos mais importantes.

A institucionalização, na maioria dos casos das famílias que têm idosos nessa situação, tornou-se a única opção viável devido à falta de disponibilidade do suporte familiar, financeiro e psicológico que o idoso necessita. Ou seja, observando a atual estrutura familiar moderna e as exigências que a sociedade aplica, o idoso terá que ceder à institucionalização. Neste caso, a adaptação do idoso à instituição é primordial de modo a promover o seu bem-estar geral (Carvalho & Dias, 2011).

Segundo Fonseca et al. (2005, cit. in Carvalho & Dias, 2011), as redes de suporte social não estão associadas à satisfação com a vida, mas sim com a qualidade de vida percebida. Isto ocorre através das relações familiares, de amizade e de vizinhança, prática de voluntariado e de manter o tempo ocupado com atividades, ser saudável e com funcionalidade, independente. É importante que os idosos consigam criar relações internas, ou seja, com os outros utentes e com o pessoal que trabalha na instituição, bem como manter as relações do exterior. Deste modo, o idoso não se sente abandonado e, através do desenvolvimento de relações, evita o isolamento social e a solidão.

Como tal, é de grande importância que o idoso participe nas atividades que são realizadas na instituição de modo a promover a integração do mesmo. Fernandes (2000, cit. in Rebelo, 2015) afirma que, de forma a existir uma institucionalização positiva, é

importante que o idoso participe em atividades que promovam a sua atividade física e mental, reduzindo o tempo livre. A participação nas atividades recreativas na instituição é essencial para um envelhecimento saudável e positivo, levando a que o idoso estimule as suas capacidades mentais, físicas e afetivas (idem). Martins (2010, cit. in Rodrigues, 2011, p. 8) cita que a participação dos idosos nas atividades de lazer permite “contribuir para a prevenção de doenças, uma maior mobilidade, sensação de bem-estar físico e psicológico e conseqüentemente satisfação com a vida”.

Guedes (2014, p. 194) relembra que a legislação define o Lar de Idosos como “uma resposta social desenvolvida em alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia”. E ainda podemos apresentar os objetivos dos mesmos, baseado no Instituto da Segurança Social, (2012, cit. in Guedes, 2014): “proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; potenciar a integração social”.

A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, segundo a Carta Social (2014), é “o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. A estrutura residencial pode assumir uma das seguintes modalidades de alojamento: a) Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias; b) Quartos e c) Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos”.

Em relação aos motivos que levam à institucionalização, são vários os autores e os estudos que abrangem este ponto. Born e Boechat (2006, cit. in Almeida, 2008, p.79) referem os seguintes motivos: “idade, diagnóstico, limitação nas atividades de vida diária, morar só, estado civil, situação mental, etnia, ausência de suportes sociais e pobreza”. Wilmoth (2002, cit. in Almeida, 2008, p.79) por sua vez, acrescenta: “viuvez, doença e deficiência física ou mental”. E ainda, Batista et al. (2014, p. 646) afirma que ingressar num lar de idosos está relacionado com “o declínio das habilidades de executar tarefas das Atividades de Vida Diária (AVDs) e diminuição progressiva de oportunidades para a mobilidade”.

No momento da institucionalização, é suprimido à pessoa idosa o seu quotidiano. Parte dessa perda é a autonomia, das pessoas que a têm. Para uma pessoa que está habituada a ter tarefas predefinidas, é um choque chegar a uma nova casa em que não vai ter responsabilidades. Muitas vezes esta entrada no lar é negativa, tendo as

peças mais velhas uma visão dos lares de que é um local de onde nunca mais vão sair e para onde não lhes agrada ir. A consequência negativa da entrada no lar pode levar a muitas situações, sendo uma delas a desintegração social. Este afastamento não deve acontecer pois pode levar à desorientação e, por conseguinte, à solidão, acabando até mesmo na depressão.

Amaro (2013) afirma que dentro dos lares é preciso respeitar a identidade e individualidade de cada um. Existindo uma linha de continuidade da vida do idoso como se estivesse na sua própria casa, a satisfação da pessoa idosa aumentaria. Paúl (1992, p. 62, cit. in Carvalho & Dias, 2011, p. 167) aborda a satisfação da vida do idoso na instituição, afirmando que esta “prende-se com a avaliação que se faz da vida como um todo”.

Contudo, o lar devia ser a última hipótese para o idoso e previamente tentar outorgar qualidade de vida no seu meio ambiente, proporcionando-lhe todos os cuidados necessários (Almeida, 2008). Para tal, seria necessário que houvesse políticas que conseguissem abranger a população envelhecida necessitada.

Um aspeto muito importante quando o idoso é institucionalizado é a adaptação. Implica que haja um processo cuidadoso, dependendo da pessoa que é, e com que vontade foi para a instituição. Se o idoso foi contra vontade ou foi porque não havia mais nenhuma opção, poderão existir desajustes que serão negativos para a pessoa idosa (Carvalho & Dias, 2011). Para uma melhor adaptação, as relações internas e externas são de extrema importância, de modo a que o idoso não se sinta sozinho nem abandonado.

Contudo, a adaptação pode não ser feita com sucesso, levando a que “quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso, uma vez que a institucionalização promove o isolamento social e a inatividade física”, (Carvalho & Dias, 2011, p. 167). O primeiro mês de um idoso no lar é considerado o período de maior risco de desenvolver uma depressão (Shirley, Leung & Mark, 2009, cit. in Vaz, 2009).

Os principais objetivos para a integração de um idoso numa estrutura residencial para pessoas idosas são cinco: garantir sempre a qualidade de vida; garantir os serviços adequados e necessários para a pessoa; promover o envelhecimento saudável e retardar o processo de ancianidade; promover a participação social tanto com a família como com utentes e pessoas externas à instituição; e garantir o bem-estar psicológico e subjetivo da pessoa a diversos níveis (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID, 2005, cit. in Silva, 2010).

## 2. Envelhecimento e velhice

“Ser idoso é uma condição plural dos indivíduos que têm o privilégio de experimentar vidas longas” (Paúl et al., 2005, p. 75). O facto de ser idoso significa que já passou por muitos acontecimentos na vida e já interagiu com diversos meios e contextos. Contudo, o envelhecimento não é apenas um problema demográfico, mas sim um fenómeno que envolve aspetos sociológicos, políticos e económicos, interagindo dinamicamente entre eles.

Os conceitos ligados às palavras velho, envelhecer, velhice e envelhecimento são muito complexos. O adjetivo velho, no grau positivo, significa deteriorado e aplica-se a coisas, pessoas ou animais; como substantivo refere-se exclusivamente a pessoas de idade avançada; já como adjetivo no grau comparativo tem apenas um significado cronológico (Morato, cit. in Carvalho & Dias, 2011, p. 164).

As diversas definições que são dadas para o envelhecimento nunca serão suficientes porque não existe uma forma específica de envelhecer. Cada pessoa envelhece relacionado com o percurso de vida, com o seu estado de espírito, entre outros aspetos. Contudo, a definição mais clássica é da OMS que afirma que idosos “ (...) são as pessoas com mais de 65 anos de idade, em países desenvolvidos, e com mais de 60 anos de idade, em países em desenvolvimento” (Imaginário, 2004, p.45, cit. in Carvalho & Dias, 2011, p. 164). Portanto, a pessoa quando envelhece transita para uma nova etapa da vida, devendo ser considerada positiva, saudável e proativa.

O envelhecimento acarreta duas perspetivas: a individual e a social. A perspetiva individual está relacionada com a esperança média de vida de cada pessoa, alienando o envelhecimento biológico, ou seja, é uma perspetiva com determinantes internos. A perspetiva social está relacionada com as relações sociais, estando presente muitas vezes o isolamento, associado a determinantes externos (INE, 2002).

Por norma, associa-se a palavra “velho” a uma compreensão depreciativa, o que leva a que se opte pela palavra idoso, ou seja, não é vista como uma palavra positiva. Contudo, para Zimerman (2000, p. 10, cit. in Carvalho & Dias, 2011, p. 164) e para os antigos filósofos, a expressão “velho” é carinhosa, “porque velho é sinal de experiência, de sabedoria, de reconhecimento”. Idoso é assim intitulado num “dado contexto sociocultural, em virtude das diferenças que exibem em aparência, força, funcionalidade, produtividade e desempenho de papéis sociais primários em comparação com adultos não idosos” (Neri, 2009, cit. in Neri, 2013).

É de entendimento geral que a velhice é a última etapa de vida de uma pessoa, onde existem declínios ao nível biológico, “resiliência, plasticidade e aumento da dependência de recursos da cultura”. O declínio é heterogéneo, ou seja, cada idoso tem os seus declínios em momentos distintos, existindo imaginários padrões de envelhecimento e velhice (Neri & Yassuda, 2008, p. 8). Ou seja, é muito difícil conceitualizar a velhice pois existem diversas formas de envelhecer.

Para a DGS, envelhecimento comporta “as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afetadas pela doença e pelas influências ambientais” (OMS, 2001).

Beatrice Neugarten (cit. in Fonseca, 2014, p. 170) preocupou-se em criar duas categorias para a velhice: “jovens-idosos”, dos 55 aos 75 anos, e “idosos-idosos”, dos 75 anos em diante. A autora explica que os “jovens-idosos” representariam uma maioria competente e potencialmente ativa, mas frequentemente desaproveitada ou mesmo marginalizada pela sociedade, enquanto os “idosos-idosos” traduziriam fragilidade (sobretudo devido a doenças) e necessidade de cuidados especiais (Fonseca, 2006)”. É possível concluir ainda que, com base apenas na idade cronológica, não é possível classificar a velhice.

Almeida (2014, p. 63) relembra que no geral, as pessoas preocupam-se com o facto de envelhecer, pois “significa perda irreversível de capacidades antes existentes e a aproximação do fim da vida”.

O envelhecimento é um fenómeno gradual, ou seja, é um processo, sendo a velhice uma condição (do ser humano). Importa salientar que a velhice é heterogénea: nenhum idoso é igual a outro, existem diversas formas de envelhecer e nem todas as pessoas envelhecem ao mesmo tempo e nem todas acarretam doenças. Logo, é preciso acabar com os estereótipos sobre o idoso. Fonseca (2014) reforça esta ideia da heterogeneidade, afirmando que cada pessoa é diferente e cada uma tem a sua forma de viver, ocorrendo acontecimentos distintos que vão influenciar a sua velhice.

O envelhecimento está relacionado com a decadência da funcionalidade. Strehler (1977, cit. in Almeida, 2014, p.64) afirmava que o envelhecimento é “intrínseco, universal, progressivo, irreversível e programado”. Ou seja, “intrínseco significa que (...) qualquer organismo, independente do seu ambiente, irá envelhecer, involuir, declinar, declinar funcionalmente; universal significa que em cada espécie todos os indivíduos involuirão (...); progressivo e irreversível refere-se ao sentido da perda funcional (...)”.

Quando estabelecemos como objeto de estudo o velho/idoso, geralmente focalizamos aquele que sofre de certas doenças. A velhice é um estado do indivíduo, que está a passar por uma etapa da vida, considerada esta a última, ou seja, é um período normal do ciclo de vida, com os seus desafios e oportunidades. Contudo, envelhecer bem é um processo heterogêneo e diferenciado, na medida em que cada um vive em contextos físicos, sociais, e humanos diferentes e é portador de vivências e projetos de vida idiossincráticos. A velhice normal é aquela que não está associada a patologias e a velhice patológica é aquela que está associada a múltiplas patologias, frequentemente crónicas (INE, 2002).

O estudo do envelhecimento é bio-psico-social, ou seja, tem por base conhecimentos da biologia, da psicologia, das ciências sociais, e ainda das ciências humanas. Fernández-Ballesteros (2000) especifica cada uma: a biologia está relacionada com as mudanças que acontecem com a idade e os sistemas biológicos que se vão deteriorando; a psicologia está relacionada com as mudanças ou estabilidade das funções cognitivas; e as ciências sociais estão relacionadas com as mudanças sociais. A relação entre estes três fatores vão construir a pessoa e individualizar cada pessoa na forma como vive e envelhece.

A velhice é um período normal do ciclo de vida de uma pessoa e deve ser encarado como tal, que acarreta desafios e oportunidades como em qualquer fase vital. Mas sendo o envelhecimento um fenómeno social, a sua importância já advém de um longo período histórico. O seu interesse maior era o de prolongar a vida e a possibilidade da eterna juventude (Fernández-Ballesteros, 2000).

São determinantes da saúde: “os fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde, determinando o estado de saúde dos indivíduos e das populações. São múltiplos e interagem uns com os outros” (DGS, 2004).

A qualidade de vida dos idosos institucionalizados, além do acolhimento na instituição, depende também do convívio de pessoas próximas, através de amigos ou familiares, de forma a evitar o estado de solidão ou isolamento que muitos vivem devido ao afastamento destas pessoas. São de suma importância as ligações afectivas próximas (Carvalho & Dias, 2011, p. 165).

Como forma conclusiva, existem três aspetos gerais relativamente ao envelhecimento, referindo Papalia e Olds (2000, cit. in Trentini, 2004): o aumento da dependência devido às perdas físicas, as perdas dos papéis sociais e das redes sociais, e a clara noção de que o tempo que têm para viver começa a ser curto.

## 2.1. Envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento ativo

A qualidade de vida de um idoso deve estar alicerçada no conceito de envelhecimento bem-sucedido, ou seja, no modo como a pessoa envelhece através de fatores eficazes ao nível mental e físico (Fonseca, 2005).

O envelhecimento bem-sucedido, segundo Rowe e Kahn (1998, cit. in Fonseca, 2014, p. 155) traduz “a capacidade de manter três comportamentos ou características essenciais: (i) baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença; (ii) funcionamento físico e mental elevado; (iii) envolvimento ativo com a vida”. Esta combinação deve seguir uma hierarquia entre elas: “a ausência de doença torna mais fácil a manutenção do funcionamento físico e mental, e esta, por sua vez, facilita (mas não garante) um envolvimento ativo com a vida”. Contudo, noções de envelhecimento ótimo, ativo ou bem-sucedido também são usadas para representar o conjunto de requisitos relacionados com o processo de envelhecer “bem”.

Fernández-Ballesteros (2011, p. 22) também dá o seu contributo, afirmando que o envelhecimento positivo baseia-se num conceito multidimensional composto por medidas objetivas e subjetivas como a “saúde, cognição, atividade, afeto positivo e aptidão física, não sendo afetada nem pela idade nem pelo género”. Existem, ainda, autores que o comparam ao envelhecimento saudável, ou seja, livre de doenças e com um bom funcionamento físico e mental. Fernández-Ballesteros (2011, p.22) afirma que o envelhecimento positivo apoia-se em três pressupostos: 1) o envelhecimento é um processo complexo que se vai manifestando ao longo da vida, apresentando “uma ampla variabilidade interindividual em nível, taxa e direção” dependendo da heterogeneidade de cada um; 2) ao longo da vida, as pessoas têm elevada “capacidade de aprendizagem, modificabilidade e mudança positiva”, conseguindo melhorar os seus recursos biológicos, comportamentais e sociais; 3) o final da vida da pessoa acontece quando a mesma deixa de ser capaz de igualar de modo positivo os ganhos e as perdas através do método de equilíbrio.

E ainda Neri & Yassuda (2008, p. 8) afirmam que o que define o envelhecimento bem-sucedido ou ótimo é: “ausência de doenças físicas e mentais crónicas e de incapacidades funcionais (...); ausência de fatores de risco (...); manutenção do funcionamento físico e mental e engajamento ativo com a vida”.

Também de acordo com esta ideia, nasceu o conceito do envelhecimento ativo. O mesmo surge através da Organização Mundial de Saúde na primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em 1983, substituindo o então conceito de envelhecimento saudável (Loureiro, 2014). “O processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (OMS, 2005, p. 13, cit. in Carvalho & Dias, 2011, p. 165), é o novo conceito.

Na segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento foram estabelecidos os determinantes para um envelhecimento ativo: os determinantes pessoais, os comportamentais e os ambientais, a saúde e serviços sociais, os determinantes económicos e os sociais (Loureiro, 2014, p. 126). Ou seja, o envelhecimento não está apenas associado à saúde ou à idade cronológica mas também relacionado com a interação entre os diversos determinantes referidos. Estão, assim, incluídos num modelo multidimensional que esclarece os efeitos do envelhecimento (Ribeiro & Paúl, 2011). O envelhecimento não ocorre em todos da mesma forma, nem ao mesmo tempo, logo, é heterogéneo, e não depende “ (...) apenas das características individuais (...) mas também dos fatores ambientais, ocupacionais, sociais e culturais, aos quais o indivíduo foi estando exposto ao longo da sua vida” (Loureiro, 2014, 125).

O envelhecimento ativo sugere, deste modo, a qualidade de vida dos mais velhos, mantendo uma autonomia física, psicológica e social. Ribeiro e Paúl (2011) reforçam que o ser “ativo” faz da pessoa um cidadão, ou seja, pertencente da sociedade, estando envolvido nas questões culturais, políticas e sociais.

A intervenção neste grupo etário deve promover e incentivar a qualidade de vida de todos os idosos. A intenção é de que o envelhecimento destes idosos siga o modelo do envelhecimento ativo aconselhado pela OMS, ou seja, que esteja integrado num conjunto de determinantes alargados tais como: pessoais, comportamentais, económicos, sociais, ambiente físico, serviços sociais e de saúde (Carvalho, 2013; Ribeiro & Paúl, 2011; Paúl et al., 2005).

Existem dimensões importantes no envelhecimento bem-sucedido como: o bem-estar físico, familiar e emocional, habilidade funcional, espiritualidade, função social, sexualidade e função ocupacional (Garcia et al., 2005).

Erik Erikson (1963) desenvolveu oito estádios do desenvolvimento humano, desde o nascimento até à morte, apoiado no seu modelo psicossocial de desenvolvimento humano. De realçar que foi o primeiro autor da área da psicologia que

incluiu a velhice como uma etapa normativa no ciclo do desenvolvimento humano. Erikson não acreditava que uma pessoa ficasse “fixada” a um dado estágio, pois cada um deles envolve certos aspectos desenvolvimentais ultrapassados de alguma forma, embora alguns o façam de modo mais satisfatório. Considera que o desenvolvimento é psicossocial (interação meio social e personalidade) e que decorre desde o nascimento até à morte através de oito estágios psicossociais, através de conflitos interiores e exteriores, conflitos estes que se designam por crises que se constroem ao longo do ciclo vital da pessoa. Os desafios que as pessoas vão tendo ao longo da sua vida contribuem para influenciar o seu crescimento e desenvolvimento, sendo que Erikson (1998) afirma que o desenvolvimento da identidade de cada um ocorre através de estágios e fases, dependendo paralelamente do meio envolvente. Os estágios contêm crises que variam entre a vertente positiva e a vertente negativa. Consoante a resolução das crises ou não, a pessoa estará preparada para resolver questões relacionadas com a vida. A identidade é dinâmica e, perante a resolução dos estágios, será visível o percurso que a mesma terá, desde a infância. Este percurso da identidade é feito em oito estágios, com um período determinado, identificado numa etapa da vida onde interagem fatores relacionados com o físico, a cognição e o meio. O início de cada etapa coloca o indivíduo em confronto com as dificuldades que o meio implementou, ajustadas à idade em que o indivíduo se encontra. A progressão nos diferentes estágios explica a construção da personalidade. Cada idade ou período de desenvolvimento é caracterizado por tarefas específicas e pela experiência de determinado conflito ou crise. É através da resolução de cada conflito que o indivíduo adquire novas capacidades.

Um envelhecimento ótimo seria aquele que contempla o último estágio vital do modelo de Erikson, ou seja, a integridade do eu vs o desespero. Este estágio é caracterizado pela idoneidade do idoso em encarar e aceitar os aspectos positivos e negativos da sua entidade. Contrariamente, a ausência ou perda de integridade origina sentimentos de desespero determinados pela angústia e medo da morte. A aceitação do passado, do presente e do futuro, é o último dos estágios de desenvolvimento psicossociais propostos por Erikson e pressupõem uma resolução positiva dos sete estágios anteriores.

### 3. Qualidade de vida

Hoje em dia, existe uma grande preocupação com os indicadores da qualidade de vida. As pessoas cada vez mais querem viver mais anos, de forma saudável e atingindo o bem-estar, ou seja, prevenir doenças, bem-estar físico, funcional, psicológico, psíquico e social (Carvalho & Dias, 2011).

Existem diversas definições da qualidade de vida, havendo concordância em relação aos termos que aborda: bem-estar psicológico, bem-estar físico, bem-estar social e bem-estar financeiro e material. A qualidade de vida pode ser encarada como a “satisfação de” por parte de elementos psicológicos e comportamentais. Almeida (2008, p. 95) refere que “qualidade de vida é um termo geral que engloba fatores ambientais, níveis de rendimento, saúde, modo de vida, satisfação e autoestima, entre outros”. Segundo (Jesus, 2007, cit. in Nunes & Meneses, 2014, p. 19, 20) “a qualidade de vida determina um conjunto de condições que permitem a felicidade, como é o caso da satisfação com a profissão, com a orientação financeira pessoal, com a vida em geral e com o bom estado de saúde”. Para Ogeden (2004, cit. in Nunes & Meneses, 2014, p. 20) pode-se sintetizar alguns dos principais aspetos da qualidade de vida: “o psicológico, que abarca questões como o humor, o estado emocional, a saúde, os aspetos sociais e ocupacionais, e a dimensão física”.

Para Lawton (1991, p. 6) a definição de qualidade de vida é: “a avaliação multidimensional, tanto pelo critério socio-normativo como intrapessoal, do sistema pessoa-ambiente de um indivíduo na atualidade, passado e futuro”. Ou seja, a qualidade de vida depende das diversas interações que a pessoa tem ao longo da sua vida. Para explicar melhor, Lawton elaborou um modelo de qualidade de vida (fig.1) onde apresenta quatro áreas sobrepostas e que se interrelacionam: bem-estar psicológico, qualidade de vida percebida, competência comportamental, condições ambientais.

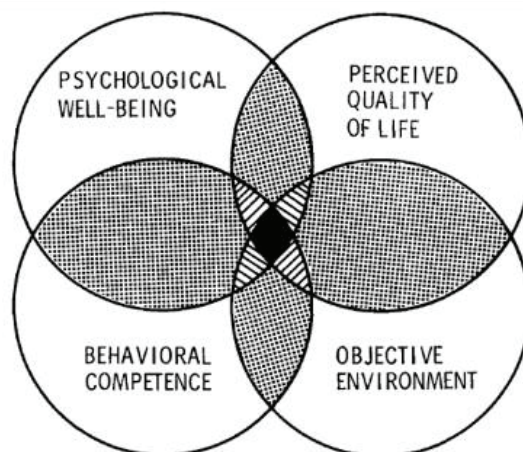


Figura 1: Modelo da qualidade de vida na velhice elaborado por Lawton (Adaptado de Lawton, 1991)

A qualidade de vida em pessoas idosas é uma inquietação, pois depende da visão de cada pessoa, sendo subjetivo e multidimensional. Ou seja, depende de fatores como o “estado de saúde, rede social e familiar, situação económica e atividades de lazer” (Santos & Sousa, 2015, p. 3). O bem-estar e a qualidade de vida na velhice são dois fenómenos complexos e multifatoriais, ou seja, envolvem diversos fatores relacionados com dimensões individuais e coletivas (Lima, Silva & Galhardoni, 2008).

Na abreviatura do Whoqol-100 para o Whoqol-Bref, a versão abreviada manteve a compreensão do constructo “qualidade de vida” envolvendo itens referentes a aspetos físicos, psicológicos, meio ambiente e relações sociais. Segundo o Whoqol-Bref (Fleck et al., 2000), sendo este o instrumento utilizado no presente estudo, a qualidade de vida é avaliada em quatro domínios: o domínio físico, o domínio psicológico, o domínio das relações sociais, e o domínio do ambiente.

Neri (2007) afirma que a promoção da qualidade de vida de uma pessoa idosa não só contempla uma responsabilidade pessoal como deve ser vista como uma preocupação de carácter sociocultural. A sociedade deve acompanhar as mudanças da geração idosa, ou seja, a interação é importante numa sociedade, sendo que esse acompanhamento da mudança deve ser feito ao longo da vida e não apenas na velhice. Baltes (1983, cit. in Neri, 2007, p. 10) refere que as transformações que devem ser realizadas “são contextualizadas por fatores normativos ontogenéticos, por fatores histórico-culturais e por fatores ligados à história de vida individual”.

Na velhice devem ser estimuladas atividades para ocupar o tempo livre, devem ser mantidos e realizados contactos afetivos e sociais (rede social), manter as relações

familiares, deve existir apoio e assistência para a doença, para a alimentação e higiene (Carvalho & Dias, 2011).

A OMS (1994, cit. in Santos & Sousa 2015, p. 3) define qualidade de vida como:

Uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente.

Bowling, Banister e Sutton (2003, cit. in Paúl et al., 2005, p. 77) realizaram um estudo no Reino Unido sobre a qualidade de vida da população idosa e concluíram que os determinantes mais valorizados eram: “ter boas relações com a família e os amigos; desempenhar papéis sociais; ter boa saúde e funcionalidade; viver numa boa casa numa zona simpática e de boa vizinhança; ter uma visão positiva da vida e manter o controlo e independência”.

Na velhice, a funcionalidade, ou capacidade funcional, tem um papel muito importante na pessoa idosa. Manifesta-se pela capacidade do indivíduo “cuidar de si próprio, sendo capaz de desempenhar um conjunto de tarefas que lhe permitem a eventualidade de viver sozinho” (Botelho, 2014, p. 31). Ou seja, a funcionalidade está relacionada com a autonomia da pessoa que se vai deteriorando com o passar dos anos, sendo irreversível. Porém, a funcionalidade não declina de igual forma em todos os indivíduos, nem ao mesmo tempo. Está relacionada com “ a natureza genética, hábitos de vida ou doenças, e fatores extrínsecos, como os culturais, ambientais ou devidos a características do seu habitat” (Botelho, 2014, p. 32). A pessoa, ao envelhecer, deve retardar o avançar do estado funcional de forma a conseguir promover qualidade de vida na sua velhice. Botelho (2014) afirma que o que parece ser próprio do avançar da idade, muitas das vezes está relacionado com a inatividade de uma certa capacidade.

Dentro da funcionalidade, existem diversos fatores influenciadores, contudo o mais importante será a mobilidade. A mobilidade, ou falta da mesma, é um aspeto importante na vida de qualquer pessoa, mais precisamente dos idosos. Levando a que a pessoa se torne dependente de algum auxílio ou de alguém. Para alguns autores (Imms & Edholm, 1981; Macknight & Rockwood, 1995, cit. in, Weiss & Silva, 2013) a mobilidade significa “a capacidade de deslocamento do indivíduo pelo ambiente, sendo um componente da função física extremamente importante”. Como tal, é essencial para a execução das atividades de vida diária (AVDs) e para a manutenção da independência.

Garcia et al. (2011) explicam que a mobilidade física está relacionada com as alterações que a velhice acarreta, dando o exemplo da sarcopenia (perda de massa e força muscular), sendo uma das mudanças mais importantes da velhice. Muitas destas alterações que ocorrem no envelhecimento estão relacionadas com doenças crónicas. A limitação física leva a que muitas pessoas se sintam com baixa autoestima, pois estão limitadas a algum auxílio, não conseguindo caminhar ou realizar alguma atividade sozinhas.

A qualidade de vida, o bem-estar e o aumento da esperança média de vida são um debate frequente na atualidade. Muitas pessoas pensam que pelo facto de viverem mais tempo vão ser acompanhadas de uma boa qualidade de vida; outras acreditam que esse aumento lhes traga fragilidades, doenças, e dependência (Fonseca, 2014, p. 170). Ou seja, as duas ideias podem estar certas ou não, visto que a velhice é distinta em todas as pessoas.

Referindo a qualidade de vida e o aumento da esperança média de vida, muitas vezes esta relação não é positiva. Apesar de as pessoas viverem mais tempo, estão propensas a adquirirem mais doenças, o que vai torná-las mais frágeis. Deste modo, a pessoa não poderá realizar as suas atividades da vida diária autonomamente, e a qualidade de vida deixa de estar presente. Botelho (2014, p. 35) confirma que “a funcionalidade associada ao processo de envelhecimento tem origem na prevalência crescente de pessoas que atingem uma idade bastante avançada, refletindo o aumento da longevidade (...)”.

Ao nível da saúde, ainda não existe um avanço notável para esta faixa etária que vive cada vez mais tempo. Ou seja, é necessário que o acompanhamento na saúde seja melhorado para poder acompanhar a evolução visível. Para determinadas doenças sem cura, é necessário aliviar a dor e diminuir o sofrimento dos idosos (Botelho, 2014). O conceito de qualidade de vida na saúde levou a uma alteração na abordagem das questões da saúde. Ou seja, as avaliações médicas deixaram de ter como finalidade a questão da mortalidade, mas sim a melhoria do bem-estar de forma geral.

A qualidade de vida pode ser avaliada externamente e objetivamente ou internamente e subjetivamente. De forma objetiva, as pessoas medem a vida de acordo com a riqueza, a formação académica, a ocupação laboral, a saúde e a longevidade, ou seja, afirmam que por serem ricos, terem mais educação e uma maior longevidade têm uma qualidade de vida superior. Já de forma subjetiva, o pensamento é distinto. Medem a vida de acordo com os acontecimentos porque passaram, fazendo uma revisão ao

percurso da sua vida (Keyes, 2012). Todavia, Neri (2007) afirma que as variáveis relacionadas com a qualidade de vida na velhice podem ter diferentes impactos no seu bem-estar subjetivo.

Diener & Seligman (2004, cit. in Passareli & Silva, 2007) concluem que o bem-estar subjetivo está relacionado com a saúde e a longevidade, embora ainda não haja uma compreensão definitiva. E ainda, Seligman (2004, p.55, cit. in Passareli & Silva, 2007, p. 515) afirmou que ““a emoção positiva funciona como previsão de saúde e longevidade, que são bons indicadores de reservas físicas””.

Cada pessoa é diferente, e ocorrem episódios de vida distintos, como doenças, perda de papéis sociais, entre outros determinantes que ocorrem mais precisamente na velhice, causando diferentes reações, dependendo da pessoa. Ou seja, está tudo relacionado com a subjetividade, dependendo do período em se encontra e do meio sociocultural (Baltes & Baltes, 1990, cit. in Neri, 2007, p. 10).

O desempenho de papéis sociais que ocorre ao nível social é importante para qualquer pessoa em qualquer idade. Contudo, na velhice, considerando o envelhecimento social, o desempenho destes papéis ganha maior importância, podendo existir quatro grupos: papéis familiares (na vida particular com a nossa família); papéis profissionais (tanto ao nível de estudos como laboral, e ainda de aposentado no final da carreira); papéis sociais formais (associações), e papéis sociais informais (grupos de amigos) (Rodrigues & Terra, 2006). Ao vivenciar cada papel, o idoso terá que o adaptar a cada situação e, como tal, terá que experienciar diversos comportamentos, o que vai modelar a sua forma de ser e dar sentido à vida da pessoa. Ao nível da sociedade, o idoso é um cidadão comum, tendo direitos e deveres, onde ao longo do tempo vai perdendo papéis e alterando outros. A partir daí, cabe à pessoa idosa conseguir lidar com essas perdas e alterações, ou não.

Queiroz e Neri (2007, cit. in Lima, Silva e Galhardoni, 2008) observam, através da literatura, que entre as pessoas idosas a satisfação com a vida é vista como positiva. Quando queremos analisar o bem-estar do idoso, deve ser feita uma avaliação objetiva (com um profissional) e uma avaliação subjetiva (como este se percebe), pois estas duas dimensões complementam-se e enriquecem o “produto final”. Esta avaliação subjetiva é enriquecedora, pois o idoso concilia informações singulares que só seria possível recolhê-las com o mesmo.

Os idosos que se encontram institucionalizados devem ter qualidade de vida no seu dia-a-dia. Esta qualidade de vida, segundo Carvalho e Dias (2011), depende das

relações sociais próximas, tais como amigos, familiares ou vizinhos, para que a pessoa não entre em isolamento social. Os idosos têm necessidade de sentir afeto, pelo que todas as relações dentro da instituição são importantes. Contudo, Fonseca et al. (2005, cit. in Carvalho & Dias, 2011) através de investigações, concluiu que as relações sociais não influenciam a satisfação com a vida, mas interferem com a mesma. Existem muitos idosos com escassas relações sociais que se sentem satisfeitos com a vida e são felizes. Dentro do mesmo estudo, o autor referiu os aspetos que os idosos valorizam ao residir numa comunidade, para a qualidade de vida: boas relações familiares e com amigos, ter papéis sociais, boa saúde e funcionalidade, viver numa boa casa numa zona agradável, ter uma visão positiva da vida, e manter o controlo e independência.

### 3.1. Satisfação com a Vida

Com o aumento do número de idosos em Portugal, é importante garantir que os idosos vivam a longevidade com qualidade e que sintam satisfação com a vida. Em relação ao seu conceito, é muito complexo e de difícil consonância, pois é um estado subjetivo. Ou seja, a satisfação com a vida diz respeito à avaliação subjetiva que o próprio sujeito constrói sobre a sua vida (Moody, 2006, cit. in Rodrigues, 2011).

Diener (2000, cit. in Rodrigues, 2011) afirma que a satisfação com a vida é um dos indicadores de bem-estar. Este bem-estar subjetivo diz respeito à avaliação, tanto cognitiva como afetiva, sobre a sua própria vida. Ainda o mesmo autor reitera que o bem-estar subjetivo está relacionado com afetos positivos, o que só ocorre quando existe o sentimento de satisfação.

Contudo, Carluxto e Martins (s.d., cit. in Rodrigues, 2011) concluem que existem diversos indicadores que influenciam a satisfação com a vida, não havendo apenas um, pois são demasiados os fatores que influenciam, havendo ainda alguns por determinar.

### 3.2. Bem-estar subjetivo

A qualidade de vida é subjetiva. Este conceito surgiu em 1995 através da OMS, que a definiu como “a perceção subjetiva do indivíduo sobre a sua posição na vida dentro do contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e com relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Alleyne, 2001; WHOQOL, 1995; cit. in Lima, Silva & Galhardoni, 2008, p. 798).

Segundo Keyes (2012) o bem-estar subjetivo surge no final de 1950, como um campo científico, por cientistas sociais que desenvolveram indicadores da qualidade de vida. Os cientistas que estudam o bem-estar subjetivo afirmam que o ingrediente essencial de uma boa vida é a pessoa gostar da sua vida, sendo um “conceito amplo onde se experienciam emoções agradáveis, baixos níveis de humor negativo e alta satisfação de vida” (Diener, Lucas & Oishi, 2002, p. 63). Estes autores assumem a definição do bem-estar subjetivo como “avaliações cognitivas e afetivas da vida de uma pessoa”. Estas avaliações incluem emoções a eventos de vida e julgamentos cognitivos de satisfação ou insatisfação.

Os cientistas humanistas realçaram a capacidade de ajuste positivo do indivíduo através do desenvolvimento de características positivas (maturidade, ego, generatividade e virtudes), ao nível objetivo. A nível subjetivo, realça a introspeção e a avaliação subjetiva. Ou seja, Ostrom (1969, cit. in Giacomoni, 2004) explica que o bem-estar subjetivo é uma atitude, pois contempla dois princípios básicos: o afeto e a cognição. Sendo assim, o afeto relaciona-se com as emoções, podendo ser dividido em afeto positivo e negativo; e a cognição com os aspetos racionais e mentais, realizando uma avaliação cognitiva sobre a vida. Todavia, definir bem-estar subjetivo não é simples, pois pode ser influenciado por diferentes variáveis como a idade, género, cultura, nível socioeconómico, entre outros. Como tal, é de grande importância nos estudos de qualidade de vida.

O bem-estar subjetivo é considerado um campo nas ciências comportamentais em que é avaliada a vida das pessoas, ou seja, a avaliação subjetiva que as pessoas fazem das suas próprias vidas, incluindo variados conceitos (Diener, Scollon & Lucas (2003). Ou seja, expõe a experiência individual e subjetiva da avaliação da vida como sendo positiva. Como teoria, designa-se de modelo de bem-estar subjetivo, integrando emoções, estados de espírito, eventos específicos e estímulos externos. Como tal, integra uma componente cognitiva, que compreende as avaliações acerca da satisfação com a vida e a componente afetiva, que compreende o afeto positivo e negativo (Diener, Scollon, Lucas, 2003; Diener, 1996, cit. in Giacomoni, 2004). Giacomoni (2004, p. 43) refere, baseado na literatura, que o bem-estar subjetivo “inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e os julgamentos globais de satisfação de vida”. É ainda considerada a avaliação subjetiva da qualidade de vida.

Relativamente ao envelhecimento, existe uma ligação à felicidade, pois acredita-se que, com a idade a tendência seja a deterioração da mesma (Diener, Scollon & Lucas,

2003). A felicidade pode ter vários significados associadas, como “prazer, satisfação com a vida, emoções positivas, uma vida significativa ou um sentimento de contentamento”, baseadas em diversos filósofos, afirma Tatarkiewicz (1976, cit. in Diener, Scollon & Lucas, 2003, p. 188). A pessoa pode ser feliz em função das circunstâncias da sua vida, possuir os maiores bens disponíveis, a busca desafiadora de prazer e prazer imediato, o somatório de muitos momentos alegres, e ainda à presença do prazer e ausência de dor.

Em relação à rede social, Seligman (2004; cit. in Passareli & Silva, 2007, p. 514) afirmou que “as pessoas felizes têm mais amigos, tanto amigos casuais como amigos íntimos, permanecem casadas por um maior período e participam em mais atividades de grupo”. Estes fatores transmitem facilidade em realizar contactos sociais. Quando uma pessoa é feliz, tem melhores relações sociais do que pessoas triste. Por exemplo, Burman e Margolin (1992, cit. in Passareli & Silva, 2007) afirmam que pessoas casadas vivem mais tempo, pois têm melhor saúde física e psicológica. Ou seja, fazer parte de grupos sociais é um fator positivo para o bem-estar subjetivo. Muitas pessoas solitárias sofrem por não fazerem parte de nenhum grupo ou terem relações muito pobres.

Filósofos, ao longo dos tempos, consideraram que a principal motivação para a ação do homem é a felicidade, sendo este um bem maior (Giacomoni, 2004). O estudo do bem-estar subjetivo foi dividido em duas correntes de pesquisa: um relacionado com a felicidade como um sentimento bom, e a outra relacionada com a felicidade como potencial humano (Keyes, 2012). Estas correntes advêm de duas visões distintas, a visão hedónica e a visão eudaimónica. A visão hedónica (bem-estar emocional) está centrada no prazer e no evitamento da dor. Ou seja, realça “as emoções prazerosas, satisfação com a vida, bem-estar subjetivo ou felicidade e uma relativa ausência de estados desprazerosos” (Giacomoni, 2004, cit. in Woyciekoski, Stenert & Hutz, 2012, p. 281). A visão eudaimónica está interligada com o bem-estar através da perspectiva do funcionamento psicológico, de onde emerge o conceito de Bem-estar Psicológico (Ryff & Singer, 1998, cit. in Woyciekoski, Stenert & Hutz, 2012).

Diener, Scollon e Lucas (2003) relembram que o bem-estar subjetivo elevado traz benefícios, incluindo melhor saúde e maior longevidade. Através de um estudo de estudantes universitários, foi percebido que este situa-se acima da importância do dinheiro, e expõe uma forma importante de avaliar a qualidade de vida e o funcionamento da velhice. Diener, Lucas e Oishi (2002) relembram que as pessoas no geral começam a entrar num mundo “pós-materialista”, tendo uma maior preocupação

com fatores relacionados com a qualidade de vida, para além da plenitude económica. Diener e Seligman (2004, cit. in Passareli & Silva, 2007, p. 515) descreveram que “nos últimos 50 anos os rendimentos aumentaram de forma constante nos Estados Unidos, triplicando a renda *per capita*, mas no mesmo período não se observou um crescimento proporcional de satisfação de vida”. Ou seja, voltamos a frisar que o dinheiro começa a não ser o fator primordial da qualidade de vida.

O modelo do bem-estar subjetivo detém o afeto positivo como traço fundamental do bem-estar, seguindo uma tradição hedónica, ou seja, centralizada na presença do prazer e na ausência de dor, tornando-se características de uma vida boa (Diener, Lucas & Oishi, 2002).

Diener (1984) criou o modelo do bem-estar subjetivo (fig. 2) que inclui duas perspetivas: uma relativa à afetividade, tanto positiva como negativa; e outra relativa à satisfação com a vida.

Existem diversas teorias propostas sobre a felicidade, contudo a mais notável será a de Csikszentmihalyi que propôs que “as pessoas estão mais felizes quando estão envolvidas em atividades interessantes que correspondem ao seu nível de habilidade” (Diener, Lucas & Oishi, 2002), chamando esse estado de espírito de “*flow*” que vai ser abordado posteriormente. Realçou ainda que, quem entra neste estado de espírito, é mais feliz. Outros teóricos sugeriram que, apesar dos eventos de vida terem influência no bem-estar subjetivo, os indivíduos irão regressar aos “níveis de adaptação” biologicamente determinados.

Os autores não fazem distinção entre o bem-estar e a felicidade, ou seja, são considerados sinónimos. Diener (1984) afirma que a área do bem-estar subjetivo e a felicidade têm três categorias: é subjetiva, pois assenta nas experiências da pessoa (critérios externos); inclui medidas positivas, pois não é apenas a ausência de afeto negativo; e inclui uma avaliação genérica de todos os aspetos da vida de uma pessoa e não apenas de um aspeto da vida.

Diener, Scollon e Lucas (2003) explicam que se trata de um modelo hierárquico (Fig. 2), onde quem ocupa o topo é o conceito do bem-estar subjetivo interligado a quatro componentes. Os quatro componentes servem para realizar uma avaliação do quadro abrangente do bem-estar do indivíduo que ajudam na compreensão mais aperfeiçoada do bem-estar subjetivo e estão todos relacionados, sendo que cada um tem a sua unicidade.

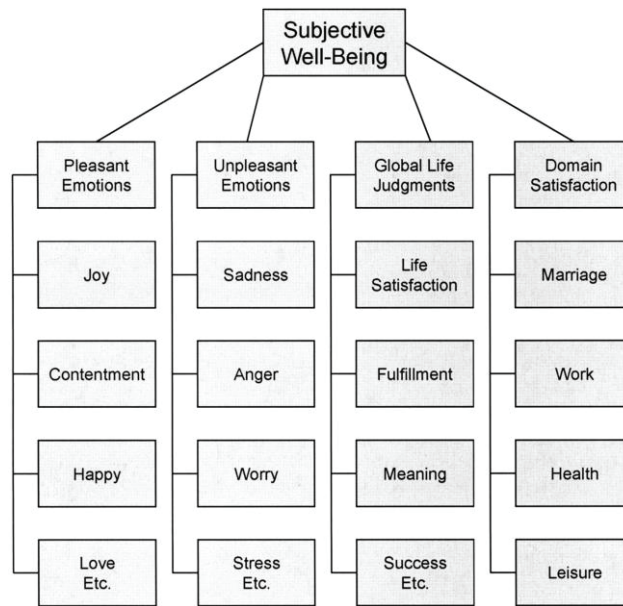


Figura 2: Modelo hierárquico da felicidade (Adaptado de Diener, Scollon & Lucas, 2003)

A concepção que vem ganhando maior ênfase entre os sociólogos é que a satisfação da vida é o influenciador do bem-estar. A satisfação da vida é interpretada como o elemento principal da felicidade, ou seja, da dimensão afetiva do funcionamento positivo (Ryff e Keyes, 1995, cit. in Giacomoni, 2004).

Nesta área, através de teorias e investigações, Giacomoni (2004, p. 45) afirma que a nível histórico são apresentados duas grandes teorias opostas: *bottom-up* e *top-down*. O *bottom-up* tem como base o pressuposto “que existe uma série de necessidades humanas universais e básicas, e que a satisfação, ou não, destas viabiliza a felicidade”. Ou seja, averigua-se de que forma os fatores extrínsecos do bem-estar subjetivo conseguem persuadir a felicidade. O *top-down* assume “que as pessoas possuem uma predisposição para interpretar as situações, as experiências de vida, de forma tanto positiva quanto negativa, e essa propensão influenciaria a avaliação da vida”. Ou seja, o *top-down* ou fatores intrínsecos do bem-estar subjetivo, estão associados aos modelos de bem-estar que reúnem os processos internos do indivíduo. O estudo destas duas teorias averigua-se devido à precisão de considerar-se um conjunto de variáveis e não apenas uma variável (Woyciekoski, Stenert & Hutz, 2012).

Woyciekoski, Stenert & Hutz (2012, p. 281) concluem que identificam dois conjuntos de fatores que influenciam o bem-estar subjetivo: os fatores intrínsecos e extrínsecos ao sujeito. Os fatores intrínsecos relacionados com “aspectos psicológicos, valores, crenças, religiosidade, estratégias de *coping*, condições de saúde física”; e os

fatores extrínsecos relacionados com “aspectos sociodemográficos, culturais e eventos de vida”. Contudo, ainda existem dúvidas relativamente a que fatores influenciam o bem-estar subjetivo, não havendo apenas um único.

Atualmente existem teorias que relacionam o processo de interpretação de eventos e as suas relações com a nossa interpretação da vida, como é caso das teorias de personalidade e os seus diferentes modelos. Giacomoni (2004) afirma que a relação entre a personalidade e o bem-estar subjetivo revelam informações importantes. Autores apontam que os fatores cognitivos e afetivos são consistentes nos indivíduos ao longo do tempo e das situações, relacionando com traços específicos da personalidade. Os indivíduos são inalteráveis na sua forma de reação, sendo que a intensidade do afeto não está ligada aos indicadores do bem-estar. Diener e Lucas (1999, cit. in Giacomoni, 2004) afirmam que a intensidade do afeto está relacionada com a qualidade.

Outras teorias explicam que os indivíduos avaliam as suas vidas com base na vida de outras pessoas, ou de condições passadas, fazendo comparações. Aqui estamos presente a teoria de discrepância, mas que não irá ser aprofundada.

Argyle (1999, cit. in Giacomoni, 2004, p.45) afirma que as variáveis de maior impacto positivo na felicidade são: “o casamento, o emprego, o *status* ocupacional, o lazer e as “competências” de saúde e habilidades sociais”. Sendo ainda que os efeitos são mais intensos em determinados grupos, do que noutros.

No geral, um indivíduo satisfeito com a vida exhibe uma presença regular de afeto positivo e ausência de afeto negativo (Giacomoni, 2004). Existir intervenções de modo a que haja aumento do bem-estar subjetivo é algo positivo, pois, afirmam Diener, Lucas e Oishi (2002, p. 69) “ (...) não só porque é bom ser feliz, mas também porque as pessoas felizes tendem a se voluntariar mais, a ter um comportamento mais positivo e a exhibir outras características desejáveis”.

Um dos instrumentos mais utilizados e encontrados na literatura para realizar estudos em adultos jovens e de meia-idade é a Escala de Satisfação com a Vida de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985). Esta escala foi criada para “avaliar a satisfação da vida global em adultos e jovens, assim como em pessoas de terceira idade” (Giacomoni, 2004, p. 47).

Em suma, “os termos envelhecimento bem-sucedido, qualidade de vida, satisfação com a vida e bem-estar subjetivo acabam por ser usados de forma indiscriminada ou como sinónimos” (Paschoal, 2006; Revicki, 2004; Neri, 1993; cit. in Lima, Silva e Galhardoni, 2008, p. 801). A subjetividade é um bom indicador da

qualidade de vida, que adiante consegue avaliar se a velhice poderá ser considerada uma etapa da vida bem-sucedida.

### 3.3. Bem-estar psicológico

Com o envelhecimento a ter uma duração cronologicamente maior, ao nível da saúde, a medicina deixou de ter uma preocupação com maior ênfase na mortalidade, passando a existir maior preocupação com o bem-estar da pessoa, visto que tem mais anos para viver (Fonseca, 2014). O bem-estar e a velhice é uma relação com duas faces. Viver mais anos não está dependente da saúde e bem-estar. Pelo contrário, tem tendência para estar relacionado com doenças crónicas incapacitantes. A sociedade não está preparada para um envelhecimento demográfico tão intensivo, logo, para os idosos de hoje ainda não existem programas preparados para lhes proporcionar qualidade de vida. Mas o bem-estar não está apenas relacionado com a saúde, havendo outros fatores. Fonseca (2014) dá relevância ao fator psicológico.

A psicologia, mais precisamente o bem-estar psicológico, é uma dimensão importante a explorar na questão do envelhecimento. Paúl (et al., 2005, p. 77) baseia-se em autores para afirmar que o bem-estar psicológico é um dos quatro componentes do bem-estar subjetivo, incluindo ainda “a competência comportamental, a qualidade de vida percebida e o ambiente objetivo”.

Cada pessoa valoriza de forma diferente as atividades da sua vida diária. E essa valorização pessoal irá determinar o seu bem-estar psicológico. O facto de haver incapacidades físicas e, deste modo, não conseguir realizar atividades, como por exemplo, as atividades instrumentais da vida diária, influencia o modo de pensar da pessoa (Fonseca, 2014). Uma pessoa que outrora teve uma vida bastante autónoma e que passa a ser dependente para certas atividades poderá sofrer um desgaste psicológico muito grande, pois perde a sua autonomia. Ou seja, principalmente os idosos “ (...) avaliam a respetiva situação de saúde em função das limitações que se produzem não apenas ao nível da realização das atividades básicas, mas também ao nível das atividades que valorizam e que lhes proporcionam bem-estar (...) ” (Fonseca, 2014, p. 156).

Goldstein (1993, cit. in Lima, Silva & Galhardoni, 2008) refere que a maioria das pessoas idosas, quando se apercebem que estão na finitude da vida, agarram-se à espiritualidade e religiosidade, sendo uma estratégia para fazer frente a esse momento.

As pessoas acreditam que haverá uma transcendência depois da morte e, desse modo, existe a sensação de tranquilidade e conforto, levando a um bem-estar psicológico.

Carvalho e Dias (2011, p. 165) através de Fonseca (2003; 2006, p. 125) afirmam que, para uma análise das condições psicológicas do envelhecimento, é necessário dar ênfase às questões da saúde física e mental nos idosos, principalmente “a satisfação com a vida e a própria qualidade de vida do idoso”.

A maior preocupação do envelhecimento recai sobre o bem-estar da pessoa. É possível envelhecer e assumir um bem-estar positivo e qualidade de vida, mas também pode acontecer o contrário. Ou seja, “o bem-estar psicológico é definido como um constructo multidimensional que abrange um conjunto variado de dimensões do funcionamento psicológico positivo na idade adulta e velhice”, onde predomina a “autonomia, o domínio do meio, relações positivas com outros, objetivos na vida, crescimento pessoal e aceitação de si mesmo” (Fonseca, 2014, p. 168).

Os acontecimentos que ocorrem na vida da pessoa influenciam a forma de ver a vida. Na velhice, o que as pessoas associam à felicidade é “ser saudável e autônomo, ter amigos e ser amado pela família (...)” (Fonseca, 2014, p. 160). Ou seja, esta influência vai ser notada no bem-estar psicológico da pessoa no dia-a-dia. “Uma doença grave, deficiências funcionais, deterioração mental, problemas sociais ou familiares, (...) diminuição da autonomia, (...) a morte do cônjuge, familiares ou pares, (...) ou a sensação de perda de utilidade social” são fatores que aumentam a vulnerabilidade da pessoa idosa, diminuindo o seu bem-estar (Fonseca, 2014, p. 160).

No entanto, o fator mais importante para os idosos relativamente ao bem-estar psicológico e, por conseguinte, na qualidade de vida, é a saúde. Contudo, não existe um “ (...) declínio generalizado do bem-estar psicológico quando se atinge a velhice”, afirma Fonseca (2014, p. 169). Existem idosos que têm uma visão positiva da velhice.

Novo (2003, cit. in Paúl et al., 2005, p. 77) define bem-estar psicológico como “a qualidade de funcionamento psicológico, o que incluirá a autonomia, o domínio do meio, as relações positivas com os outros, os objetivos na vida, o crescimento pessoal e a aceitação de si mesmo”. O bem-estar psicológico afirma Keyes (2012, p. 8), “um fenómeno primariamente privado voltado para os desafios enfrentados pelos indivíduos nas suas vidas pessoais”.

Kyff e Keyes (1995, p. 719) garantem que, com base no bem-estar psicológico ser visto como um componente cognitivo, a satisfação com a vida complementa a felicidade (“a dimensão mais afetiva do funcionamento positivo”).

Kyff (1989, cit. in Keyes, 2012; Kyff, 1995) propôs um modelo do bem-estar psicológico, baseado em seis dimensões. Estas dimensões indicam os desafios que os indivíduos enfrentam quando se esforçam para funcionarem em pleno, ou seja, abrangem o bem-estar pleno: “uma avaliação positiva de si próprio e da vida passada, um sentido de crescimento contínuo e desenvolvimento como pessoa” (Keyes, 2012, p. 8). As dimensões são: a autoaceitação (avaliação positiva de si mesmo e do período anterior de vida), a relação positiva com outros (relações de qualidade), a autonomia (sentido de autodeterminação), o domínio do meio (capacidade de guiar a vida e o mundo à sua volta), os objetivos de vida (a vida tem significado e objetivos), e o crescimento pessoal (crescimento contínuo e desenvolvimento pessoal) (Kyff, 1995; Kyff & Keyes, 1995; Giacomoni, 2004). É um modelo que se baseia nestas seis preposições psicológicas positivas imprescindíveis, estando entre elas a felicidade e a velhice bem-sucedida (Lima, Silva & Galhardoni, 2008).

A auto-aceitação é relativa a uma atitude positiva em relação a si próprio e aceitar os aspetos pessoais menos agradáveis também. A relação positiva com outros é a capacidade de se preocupar e interessar com a sua rede social, e de preservar as relações com os outros. A autonomia abrange a autodeterminação, a independência e capacidade de resistir a pressões sociais. O domínio do meio resulta da perspectiva de domínio e aptidão na forma de abordar as questões ambientais e de escolher ou criar contextos adequados às necessidades pessoais. Os objetivos de vida incluem os objetivos que são feitos para a vida da pessoa, havendo uma direção. Sendo assim, existe um propósito na caminhada que é a vida. Por fim, o crescimento pessoal abrange a crescente capacidade para o indivíduo aumentar as suas habilidades, oportunidades, de modo ao seu desenvolvimento pessoal e realização do seu potencial (Kyff, 1995).

As dimensões estão detalhadas no círculo interno da Figura 3, e na periferia estão os teóricos conceituados a partir dos quais as características de bem-estar foram derivadas. Estas dimensões do modelo do bem-estar psicológico são baseadas em conceitos e perspectivas do desenvolvimento humano, como o modelo de Erikson sobre os estádios de desenvolvimentos psicossocial, a autorrealização de Maslow, a visão de Rogers sobre a pessoa em pleno funcionamento. Contudo, estas perspectivas não tiveram o impacto previsto no bem-estar psicológico, pois as teorias fundamentadas nas dimensões oferecem pouca visão sobre o bem-estar ao longo da vida (Ryff, 1995).

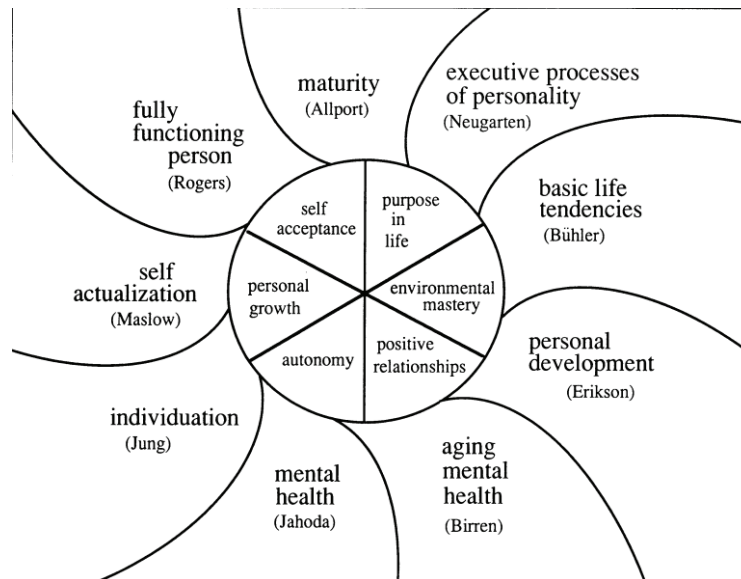


Figura 3: Modelo multidimensional de bem-estar psicológico e os seus teóricos de origem (Adaptado de Ryff e Keyes, 1995)

Ainda inserido no bem-estar psicológico, Goldstein (1993, cit. in Lima, Silva & Galhardoni, 2008) referem que a espiritualidade e religião são formas bastante enriquecedoras para o idoso fazer frente ao fim da vida. O facto de acreditarem que existe uma transcendência traz tranquilidade e conforto para a pessoa, sendo positivo para o bem-estar da pessoa.

## 4. Qualidade da experiência subjetiva

### 4.1. A teoria do flow

A teoria do *flow* teve início na década de 60, através dos estudos pioneiros de Mihaly Csikszentmihalyi (1975), através do interesse do fenómeno da motivação intrínseca. A autora observou curiosamente um artista que persistiu em acabar uma pintura com prazer ignorando o fator fome, desconforto e fadiga apenas pelo prazer de acabar a obra, não havendo nenhuma recompensa no final (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). Iniciou então uma investigação sobre a motivação intrínseca, com jogadores de xadrez, alpinistas, dançarinos, entre outros. Deste modo, identificou uma panóplia de características comuns às experiências de *flow*: “concentração intensa e focalizada no momento presente; fusão de ações e consciencialização; perda de autoconsciência reflexiva; a sensação de controlo sob a situação; distorção da experiência temporal; experiência da atividade como intrinsecamente gratificante”

(Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002, p. 195, 196). Estas características fazem parte integral do modelo conceptual realizado por M. Csikszentmihalyi, apresentado na Figura 4.

O termo *flow* surgiu porque os participantes utilizaram o termo diversas vezes para explicar como a experiência era sentida (Csikszentmihalyi, 1975). O *flow* corresponde ao facto do indivíduo se encontrar num estado de concentração integral na atividade que está a realizar, sendo capaz de perder a noção da realidade. As experiências ótimas, alternativa ao termo *flow*, quando realizadas e finalizadas, trazem consigo algo gratificante para a pessoa.

O conceito de *flow* teve um impacto grande, sendo que já outros pesquisadores o utilizam ao estudarem experiências ótimas. E ainda, é utilizado noutros sectores como na cultura popular, desportos profissionais e na área do negócio (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). Os mesmos autores referem ainda que a experiência de *flow* é ajustada pela pessoa e pelo ambiente através de um sistema aberto. O *flow* pode ser encontrado em qualquer atividade, pois é subjetivo, influenciando a qualidade da experiência da pessoa. Se houver distrações ou desafios excessivos perturbadores, o indivíduo já não está em *flow*. Por exemplo, “em cada desporto os praticantes vestem-se com uniformes atraentes e entram em enclaves especiais que os separa, temporariamente dos mortais comuns. (...) Os jogadores e espectadores deixam de agir em termos de senso comum e concentram-se na realidade do jogo.” (Csikszentmihalyi, 1990, p. 72).

O *flow* é uma experiência subjetiva, sendo complexa e integradora. Esta complexidade leva a que o indivíduo se mantenha focado na atividade até ao fim tendo um objetivo, o sentimento de gratificação. Isto leva a que o indivíduo queira repetir o sentimento de *flow* e procura a complexidade, pois se realizar uma atividade que já realizou antes, já tem melhores níveis de habilidade e a envolvência na atividade já não é tão intensa e interessante. Como tal, o indivíduo deve continuar a procura de experiências ótimas complexas, tornando-se desafios para ele mesmo (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). Neste caso, pode mesmo descobrir novos desafios e interesses e ainda descobrir novas formas de ação para os interesses que já tinha, afirma Nakamura & Csikszentmihalyi (1999 cit. in Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002).

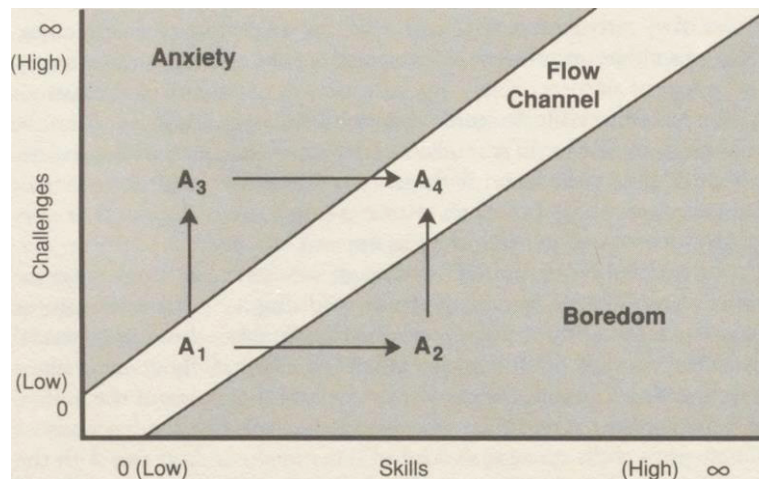


Figura 4: Modelo original de flow (Adaptado de M. Csikszentmihalyi, 1990, p. 74)

Através deste diagrama, Csikszentmihalyi (1990, p. 74) supôs que a figura representa um jogo de ténis. A letra A representa o Alex, que é o jogador, em quatro pontos distintos no tempo. Nos eixos do diagrama estão representados os desafios e as habilidades. No início, Alex não sabe jogar e, como tal, encontra-se no ponto A1 onde não tem habilidade porque não sabe jogar e o seu único desafio é bater na bola. Passado um tempo, Alex começa a ter prática e já tem habilidade para bater na bola, passando a existir *flow*. Como tal, deve então passar para outro patamar, senão atinge o nível de aborrecimento (A2). Ou então pode praticar com um adversário e, ao verificar que ainda não está à sua altura, fica ansioso (A3). Sendo assim, será recomendado voltar ao estado de *flow* mais avançado. Para tal, tem que procurar novos e complexos desafios, levando de novo ao estado de *flow* (A4). Ou seja, A1 e A4 mostram que Alex está em estado de *flow*, onde se encontra o equilíbrio entre as habilidades e os desafios, contudo A4 é sempre mais complexo. Csikszentmihalyi relembra ainda que o estado de *flow* não termina em A4.

Ou seja, o indivíduo está em estado de *flow* quando existe um equilíbrio entre as suas habilidades e os seus desafios. Contudo, se o indivíduo percebe que não tem as habilidades exigidas para realizar satisfatoriamente a tarefa/atividade, fica num estado ansioso. Pelo contrário, se o indivíduo tiver competências a mais para o desafio que está a praticar fica num estado de aborrecimento pois as suas competências pessoais já são elevadas.

Este é um processo dinâmico e que está sempre em constante crescimento, procurando sempre novos desafios e habilidades. É impossível sentir-se realizado quando fazemos a mesma coisa vezes sem conta no mesmo nível. A vontade de

diversão leva a que as pessoas procurem novas formas de descobrir no que são boas e aumentar as suas habilidades (Csikszentmihalyi, 1990, p. 75).

## Capítulo II – Enquadramento do Estudo

### 1. Motivação

O presente trabalho de investigação, no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada, com o tema “O bem-estar subjetivo e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados” emerge de uma forte motivação que sustento desde o tempo da minha licenciatura. O interesse pela área despontou e incrementou-se no meu seio familiar devido ao acompanhamento do envelhecimento dos meus avós. No momento de optar pela minha área profissional elegi, Serviço Social, pela riqueza pessoal, social e profissional deste domínio. Contudo, sendo uma área muito abrangente com diversas valências, investi no envelhecimento ativo, justificando a minha predileção pela “terceira idade”.

Esta investigação enfoca o estudo sobre a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo dos idosos institucionalizados, sendo de grande pertinência devido ao grupo etário abrangente. É consensual o reconhecimento da resistência de muitos idosos ao ingresso nos lares, pois, na realidade, a maioria deseja prevalecer nas suas casas até ao fim da vida. Apenas se institucionalizam porque têm consciência das suas limitações físicas e pela dependência que acarretam à família.

O foco desta investigação incide, na qualidade de vida e o bem-estar subjetivo deste grupo em estudo. Durante a pesquisa bibliográfica, verificou-se que os estudos realizados neste âmbito são escassos. Assim, a comunidade científica deve evidenciar cada vez mais os fatores que potencializam o envelhecimento positivo e o prolongamento da sua qualidade de vida.

### 2. Objetivos Geral e Específicos

O objetivo geral do estudo é: analisar a qualidade de vida de idosos institucionalizados em estruturas residenciais para idosos.

O objetivo geral é acompanhado de cinco objetivos específicos:

- (i) Conhecer as rotinas diárias dos adultos idosos concretamente em idosos institucionalizados, através de espaços de convívio, e da diversidade de atividades assim como o grau de envolvimento e as interações sociais que estabelecem entre os pares;

- (ii) Analisar se existem fatores potenciadores de uma experiência subjetiva positiva no quotidiano dos adultos idosos;
- (iii) Analisar o impacto da experiência subjetiva diária na qualidade de vida dos idosos;
- (iv) Avaliar a satisfação com a vida dos idosos institucionalizados inquiridos
- (v) Investigar as possíveis associações entre as variáveis: qualidade de vida e satisfação com a vida.

## Capítulo III – Metodologia

A metodologia apresentada neste trabalho científico enquadra-se numa investigação quantitativa. A perspetiva quantitativa foi a perspetiva dominante até há pouco tempo e inspirou-se no paradigma positivista/quantitativo, afirma Coutinho (2011). Esta perspetiva é abordada por três pontos de vista distintos: o concetual, o metodológico, e o teórico prático. No primeiro, a perspetiva quantitativa baseia-se na “análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação de variáveis comportamentais e/ou sócio-afetivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo da investigação empírica” (Coutinho, 2011, pp. 24). No segundo, baseia-se no modelo hipotético-dedutivo, ou seja, o investigador parte do princípio que “os problemas sociais têm soluções objetivas”, supondo que podem fixar-se consoante a utilização de métodos científicos (Carr & Kemmis, 1988, cit. in Coutinho, 2011). A terceira, designada de teoria-prática, tem como objetivo a “busca de eficácia e o aumento de um corpus de conhecimento teórico, (...) assumindo um papel de relevo no sentido em que é ela (a teoria) que deve guiar a praxis do investigador” (Pacheco, 1993, cit. in Coutinho, 2011). Logo, o investigador deve ter uma atitude científica e imparcial, para que os resultados sejam comprovados através da estatística.

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal e correlacional. Ou seja, é um estudo de observação, medido através da estatística, é um estudo que ocorre num determinado momento, não se prolonga, e que correlaciona variáveis.

A perspetiva quantitativa trabalha com amostras de grande número e baseia-se na realidade social repetível, sendo que os respetivos resultados poderão generalizar-se.

Coutinho (2011, p. 25) baseada em diversos autores resumiu as características desta mesma perspetiva:

Ênfase em factos, comparações, relações, causas, produtos e resultados do estudo; a investigação é baseada na teoria (...); plano de intervenção estruturado e estático (...); estudos sobre grandes amostras de sujeitos (...); aplicação de testes (...) e medidas de observação (...); utilização de técnicas estatísticas na análise de dados; o objetivo do estudo é desenvolver generalizações que contribuam para aumentar o conhecimento e permitam prever, explicar e controlar fenómenos.

Como conclusão da perspetiva quantitativa, primeiro analisa-se a teoria, de seguida os problemas e hipóteses derivados da mesma, segue-se com a abordagem dos conceitos e variáveis operacionalizados a partir da teoria, depois desta análise completa, faz-se a recolha de dados que confirmem a teoria.

Este estudo baseia-se na utilização de instrumentos de recolha de dados quantitativos, ou seja, questionários de resposta fechada e os resultados são, após, apresentados num relatório especificamente estatístico.

## 1. Caraterização das Instituições

### Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Famalicão

A SCMVNF “rege os seus princípios e valores pela promoção do ser humano, de solidariedade social e da igreja católica”. Com vista às diferentes formas de envelhecer a Santa Casa alberga três edifícios voltados para a terceira idade: Lar São João de Deus (IPSS, utentes maioritariamente autónomos), Lar Jorge Reis (IPSS, utentes maioritariamente dependentes) e Residencial Rainha Dona Leonor (residencial privada).

Os serviços prestados são hoteleiros, serviço médico e de enfermagem, fisioterapia, podologia, atividades animação sociocultural, serviços de estética facial e corporal, cabeleireiro. Os três lares apoiam ao nível residencial, centro de dia e apoio ao domicílio.

Desde o processo de inscrição e posteriormente na admissão que os familiares são elucidados acerca da importância da sua proatividade para a motivação do utente, para o reforço na adaptação e para a manutenção da vida ativa do seu familiar fora do lar. Um Lar deve ser encarado pelas famílias como uma residência que presta apoio às necessidades dos seniores mas que não substitui a família. (Maia, 2016, p. 13)

Semanalmente, são agendados de acordo com os interesses dos seniores aulas de ginástica, aulas de boccia, atividades lúdicas do âmbito da animação, atividades de estimulação cognitiva global e passeios exteriores.

A missão é: a melhoria do bem-estar da pessoa no seu todo a nível biológico, social, psicológico, cultural e espiritual. Tendo como objetivo ajudar os mais desprotegidos de forma à promoção da qualidade de vida. Os valores baseiam-se nas questões morais e religiosas, nos bons conselhos, consolar os que sofrem, na promoção das atividades de cariz religioso e questão de apoio material.

#### **(i) Lar São João de Deus**

Foi dos primeiros lar de idosos a ser construído em Portugal, tendo entrado em funcionamento em 10 de Maio de 1980, para ter a sua inauguração oficial em 14 de

Maio de 1980, em Gavião. Os primeiros utentes foram os idosos do asilo, que entretanto fechou sendo o edifício entregue ao hospital. Para além de lar, passou a funcionar ainda Centro de Dia e mais tarde ainda Apoio Domiciliário.

O total de utentes nesta valência é de 90 utentes, perante dados recolhidos em 2016.

#### Residencial Rainha Dona Leonor

Num terreno envolvente ao Lar São João de Deus, foi construída a Residencial Rainha D. Leonor, sendo a sua inauguração em 1 de Julho de 1985. A sua ideia era o acolhimento de casais ou pessoas com algum poder económico. É constituído por cinco quartos individuais, quatro suítes e um quarto para um dependente. Dispõe ainda de sala de convívio, leitura e visitas.

O total de utentes nesta valência é de 12 utentes, perante dados recolhidos em 2016.

#### **(ii) Lar Jorge Reis**

O terreno foi oferecido pelo benemérito e ex-Provedor Jorge Pereira da Silva Reis. A sua inauguração ocorreu em 8 de Junho de 1991, em Gemunde, com a presença do Primeiro-ministro Prof. Dr. Aníbal Cavaco Silva. Mais tarde, a 12 de Março de 1994 foi inaugurado o aumento realizado no lar com o objetivo de aumentar a capacidade de camas.

O total de utentes nesta valência é de 72 utentes, perante dados recolhidos em 2016.

#### **(iii) Centro Social de Calendário**

O centro social situa-se na freguesia de Calendário, Vila Nova de Famalicão e começou a ser construído em 1977, sendo fundado pelo padre Horácio Campos Moreira quando foi construído o salão e casa paroquial. Desde então, o centro social foi sofrendo aumentos e melhoramentos. Inicialmente seria voltado para as crianças e suas famílias, sendo que entretanto houve o primeiro apoio a idosos que ocorreu em 2003 com o apoio ao domicílio.

A sua missão é: prestação de serviços de acompanhamento educativo e ação social com confiança, carinho e qualidade a crianças e idosos da freguesia de

Calendário. Os objetivos da instituição são: promover o desenvolvimento psicossocial das crianças e adolescentes que usufruem dos seus serviços; promover a ação social e solidariedade junto dos grupos sociais mais vulneráveis; desenvolver ações de informação e sensibilização junto das famílias; promover atividades de ocupação de tempos livres; promover a integração social da amostra.

A estrutura residencial para idosos pretende satisfazer as necessidades básicas e de vida diária, recorrendo a um conjunto de estratégias de valorização pessoal de forma a reforçar a autonomia de cada cliente.

Os serviços prestados são alojamento, alimentação, cuidados de higiene e conforto pessoal, cuidados de saúde, tratamento de roupa, assistência medicamentosa, atividades socioculturais, apoio psicossocial, e assistência religiosa.

## 2. Amostra

O nosso ponto de partida da investigação começa por delinear a nossa população. O termo população define-se como “um conjunto de indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno” (Almeida & Freire, 2008, pp. 113). De seguida da população define-se a amostra, ou seja, “o conjunto de situações (indivíduos, casos ou observações) extraído de uma população” (idem). Como tal, a amostra vai apresentar as características da população, ou seja, a amostra representa a população.

A presente investigação incidiu em três instituições no concelho de Vila Nova de Famalicão: (i) Lar São João - SCMVNF de Deus; (ii) Lar Jorge Reis – SCMVNF; (iii) Centro Social de Calendário.

O estudo integrou um total de 100 participantes, porém de modo a serem elegíveis para o estudo, deveriam cumprir os seguintes critérios:

- Estarem institucionalizadas nos respetivos lares;
- Não apresentarem alterações neurológicas ou cognitivas impeditivas do preenchimento dos questionários;
- Após informação, aceitarem de forma voluntária participar no estudo;
- Terem idade igual ou superior a 65 anos.

Ou seja, torna-se assim, uma amostra não probabilística por conveniência, pois foram escolhidas as pessoas que participaram nesta investigação.

A amostra estudada é de 100 pessoas institucionalizadas. Sendo 74 do sexo feminino e 26 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos,

sendo a média de idades de 82,99 anos. Com base na tabela 1, analisemos a amostra inquirida.

Maioritariamente na situação do estado civil são pessoas viúvas com 67% sendo maioritariamente mulheres, existindo apenas 19% de pessoas casadas. Não têm um nível de escolaridade muito alto, sendo que 62% tem o 1º ciclo, e apenas uma pessoa tem o nível de ensino superior, do sexo masculino.

As profissões foram organizadas através da classificação portuguesa das profissões 2010 a partir do Grande Grupo, edição de 2011, e a que mais prevalece com 23% é a qualificação dos “trabalhadores não qualificados”, antecedendo por diferença de um por cento (22%) os “operadores fabris”. Os inquiridos com qualificações mais elevadas ocupavam cargos com qualificações de “gestor” (1%), “especialista em atividades intelectuais e científicas” (2%) e “pessoal administrativo” (1%). Os restantes tinham outras profissões tendo valores muito semelhantes.

Metade da amostra inquirida viveu no meio urbano, visto que duas das três instituições situam-se muito próximo da cidade.

O tempo de institucionalização mediano é de 36,71%, sendo que a pessoa que está a menos tempo, está há um mês e a que está há mais tempo tem 252 meses de institucionalização. Dividindo o tempo de institucionalização em quatro anos, a maioria está a menos de um ano com 30%, e de seguida estão as pessoas que estão a mais de quatro anos com 27%. Ou seja, existe um equilíbrio relativamente ao tempo de institucionalização. Na sua grande maioria 70% das pessoas respondeu que foi viver para um lar por vontade própria, justificando que não queriam ir, mas que era a melhor solução.

No campo da saúde 48% afirma ter uma saúde razoável pois têm uma dor ou outra no corpo mas conseguem movimentar-se razoavelmente, sendo que 40% respondeu que tem uma saúde boa, apesar de umas doenças passageiras de vez em quando. Quase metade dos idosos (54%) necessita de auxílio na mobilidade, sendo a bengala, o andarilho e cadeira de rodas a predominar, com 17%, 14% e 14%, respetivamente. Quem predomina neste ponto são as mulheres, pois os homens não usam quase nenhum tipo de auxílio na sua mobilidade.

Ao nível da participação nas atividades das instituições a maior parte participa (58%), sendo as mulheres que convivem mais, mas ainda existem muitas pessoas que não querem participar por terem a opinião de que não têm uma finalidade ou então não têm interesse nas atividades. O convívio entre pares nas instituições é moderado (53%),

havendo pessoas que não gostam de conversar muito afirmando que não se querem meter na vida das outras pessoas.

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=100)

| Variáveis   | n   | %   | M     | DP    | Mín. | Máx. |
|---|-----|-----|-------|-------|------|------|
| Idade   | 100 | 100 | 82,99 | 6,722 | 65   | 96   |
| Idade categorizada                                    |     |     |       |       |      |      |
| ≤84   | 53  | 53  |       |       |      |      |
| >84   | 46  | 46  |       |       |      |      |
| Género  |     |     |       |       |      |      |
| Feminino  | 74  | 74  |       |       |      |      |
| Masculino   | 26  | 26  |       |       |      |      |
| Estado civil  |     |     |       |       |      |      |
| Solteiro  | 11  | 11  |       |       |      |      |
| Casado  | 19  | 19  |       |       |      |      |
| Divorciado  | 3   | 3   |       |       |      |      |
| Viúvo   | 67  | 67  |       |       |      |      |
| Escolaridade  |     |     |       |       |      |      |
| Analfabeto  | 17  | 17  |       |       |      |      |
| Sabe ler e escrever                                   | 6   | 6   |       |       |      |      |
| 1º ciclo  | 62  | 62  |       |       |      |      |
| 2º ciclo  | 4   | 4   |       |       |      |      |
| Ensino secundário                                     | 10  | 10  |       |       |      |      |
| Ensino superior                                       | 1   | 1   |       |       |      |      |
| Profissão exercida                                    |     |     |       |       |      |      |
| Gestor  | 1   | 1   |       |       |      |      |
| Especialista em atividades intelectuais e científicas | 2   | 2   |       |       |      |      |
| Técnicos de nível intermédio                          | 10  | 10  |       |       |      |      |
| Pessoal administrativo                                | 1   | 1   |       |       |      |      |
| Vendedores/segurança                                  | 14  | 14  |       |       |      |      |
| Profissionais da agricultura                          | 11  | 11  |       |       |      |      |
| Trabalhadores da indústria, construção e artífices    | 16  | 16  |       |       |      |      |
| Operadores fabris                                     | 22  | 22  |       |       |      |      |
| Trabalhadores não qualificados                        | 23  | 23  |       |       |      |      |
| Meio onde viveu                                       |     |     |       |       |      |      |
| Rural   | 17  | 17  |       |       |      |      |
| Semi-rural  | 30  | 30  |       |       |      |      |
| Urbano  | 50  | 50  |       |       |      |      |
| Tempo de Institucionalização (meses)                  | 100 | 100 | 36,71 | 34,93 | 1    | 252  |
| Tempo de Institucionalização categorizado             |     |     |       |       |      |      |
| ≤ 1 ano   | 30  | 30  |       |       |      |      |
| 1-2 anos  | 22  | 22  |       |       |      |      |
| 3 anos  | 21  | 21  |       |       |      |      |
| ≥ 4 anos  | 27  | 27  |       |       |      |      |
| Iniciativa da Institucionalização                     |     |     |       |       |      |      |
| Própria   | 70  | 70  |       |       |      |      |
| Familiares  | 25  | 25  |       |       |      |      |
| Própria e de familiares                               | 3   | 3   |       |       |      |      |
| Técnicos de Ação Social                               | 2   | 2   |       |       |      |      |
| Classificação da própria saúde                        |     |     |       |       |      |      |
| Boa   | 40  | 40  |       |       |      |      |
| Razoável  | 48  | 48  |       |       |      |      |
| Má  | 12  | 12  |       |       |      |      |
| Dependência na Mobilidade                             |     |     |       |       |      |      |
| Sim   | 54  | 54  |       |       |      |      |
| Não   | 46  | 46  |       |       |      |      |
| Auxílio na mobilidade                                 |     |     |       |       |      |      |
| Andarilho   | 14  | 14  |       |       |      |      |
| Cadeira de rodas                                      | 14  | 14  |       |       |      |      |
| Andarilho e cadeira de rodas                          | 1   | 1   |       |       |      |      |
| Bengala   | 17  | 17  |       |       |      |      |
| Muletas   | 5   | 5   |       |       |      |      |
| Não respondeu   | 3   | 3   |       |       |      |      |
| Participa nas actividades da instituição?             |     |     |       |       |      |      |
| Sim   | 58  | 58  |       |       |      |      |
| Não   | 42  | 42  |       |       |      |      |
| Classificação do Convívio Social                      |     |     |       |       |      |      |
| Sem convívio  | 1   | 1   |       |       |      |      |
| Pouco convívio  | 33  | 33  |       |       |      |      |
| Convívio moderado                                     | 53  | 53  |       |       |      |      |
| Muito convívio  | 13  | 13  |       |       |      |      |

Nota: M = média; DP = desvio-padrão; Mín. = valor mínimo; Máx. = valor máximo

Tabela 2: Caracterização Sociodemográfica da Amostra por Género (N=100)

| Variáveis                                 | Género          |      |       |       |                  |      |       |       |
|---|-----------------|------|-------|-------|------------------|------|-------|-------|
|   | Feminino (n=74) |      |       |       | Masculino (n=26) |      |       |       |
|   | n               | %    | M     | DP    | n                | %    | M     | DP    |
| Idade                                     |                 |      | 83.82 | 5.98  |                  |      | 80.62 | 8.14  |
| Idade categorizada                        |                 |      |       |       |                  |      |       |       |
| ≤84                                       | 36              | 48.6 |       |       | 17               | 65.4 |       |       |
| >84                                       | 38              | 51.4 |       |       | 8                | 30.8 |       |       |
| Estado civil                              |                 |      |       |       |                  |      |       |       |
| Solteiro                                  | 9               | 12.2 |       |       | 2                | 7.7  |       |       |
| Casado                                    | 10              | 13.5 |       |       | 9                | 34.6 |       |       |
| Divorciado                                | 1               | 1.4  |       |       | 2                | 7.7  |       |       |
| Viúvo                                     | 54              | 73   |       |       | 13               | 50   |       |       |
| Escolaridade                              |                 |      |       |       |                  |      |       |       |
| Analfabeto                                | 17              | 23   |       |       | -                | -    |       |       |
| Sabe ler e escrever                       | 5               | 6.8  |       |       | 1                | 3.8  |       |       |
| 1º ciclo                                  | 13              | 58.1 |       |       | 19               | 73.1 |       |       |
| 2º ciclo                                  | 2               | 2.7  |       |       | 2                | 7.7  |       |       |
| Ensino secundário                         | 7               | 9.5  |       |       | 3                | 11.5 |       |       |
| Ensino superior                           | -               | -    |       |       | 1                | 3.8  |       |       |
| Meio onde viveu                           |                 |      |       |       |                  |      |       |       |
| Rural                                     | 15              | 20.3 |       |       | 2                | 7.7  |       |       |
| Semi-rural                                | 19              | 25.7 |       |       | 11               | 42.3 |       |       |
| Urbano                                    | 37              | 50   |       |       | 13               | 50   |       |       |
| Tempo de Institucionalização (meses)      |                 |      | 36.86 | 37.25 |                  |      | 36.27 | 27.93 |
| Tempo de Institucionalização categorizado |                 |      |       |       |                  |      |       |       |
| ≤ 1 ano                                   | 23              | 31.1 |       |       | 7                | 26.9 |       |       |
| 1-2 anos                                  | 15              | 20.3 |       |       | 7                | 26.9 |       |       |
| 3 anos                                    | 21              | 20.3 |       |       | 6                | 23.1 |       |       |
| ≥ 4 anos                                  | 74              | 28.4 |       |       | 6                | 23.1 |       |       |
| Iniciativa da Institucionalização         |                 |      |       |       |                  |      |       |       |
| Própria                                   | 49              | 66.2 |       |       | 21               | 80.8 |       |       |
| Famíliares                                | 22              | 29.7 |       |       | 3                | 11.5 |       |       |
| Própria e de famíliares                   | 1               | 1.4  |       |       | 1                | 3.8  |       |       |
| Técnicos de Ação Social                   | 2               | 2.7  |       |       | 1                | 3.8  |       |       |
| Classificação da própria saúde            |                 |      |       |       |                  |      |       |       |
| Boa                                       | 29              | 39.2 |       |       | 11               | 42.3 |       |       |
| Razoável                                  | 38              | 51.4 |       |       | 10               | 38.5 |       |       |
| Má  | 7               | 9.5  |       |       | 5                | 19.2 |       |       |
| Dependência na Mobilidade                 |                 |      |       |       |                  |      |       |       |
| Sim                                       | 46              | 62.2 |       |       | 8                | 30.8 |       |       |
| Não                                       | 28              | 37.8 |       |       | 18               | 69.2 |       |       |
| Auxílio na mobilidade                     |                 |      |       |       |                  |      |       |       |
| Andarilho                                 | 14              | 18.9 |       |       | -                | -    |       |       |
| Cadeira de rodas                          | 13              | 17.6 |       |       | 1                | 3.8  |       |       |
| Andarilho e cad. rodas                    | 1               | 1.4  |       |       | -                | -    |       |       |
| Bengala                                   | 12              | 16.2 |       |       | 5                | 19.2 |       |       |
| Muletas                                   | 4               | 5.4  |       |       | 1                | 3.8  |       |       |
| Participa nas actividades da instituição? |                 |      |       |       |                  |      |       |       |
| Sim                                       | 48              | 64.9 |       |       | 10               | 38.5 |       |       |
| Não                                       | 26              | 35.1 |       |       | 16               | 61.5 |       |       |
| Classificação do Convívio Social          |                 |      |       |       |                  |      |       |       |
| Sem convívio                              | 1               | 1.4  |       |       | -                | -    |       |       |
| Pouco convívio                            | 23              | 31.1 |       |       | 10               | 38.5 |       |       |
| Convívio moderado                         | 40              | 54.1 |       |       | 13               | 50   |       |       |
| Muito convívio                            | 10              | 13.5 |       |       | 3                | 11.5 |       |       |
| Classificação da própria saúde            |                 |      |       |       |                  |      |       |       |
| Boa                                       | 29              | 39.2 |       |       | 11               | 42.3 |       |       |
| Razoável                                  | 38              | 51.4 |       |       | 10               | 38.5 |       |       |
| Má  | 7               | 9.5  |       |       | 5                | 19.2 |       |       |

Nota: n= frequência absoluta %= frequência relativa; M = média; DP = desvio-padrão

### 3. Instrumentos de avaliação

O método utilizado para a recolha de dados foram os inquéritos/questionários. A escolha deve-se ao facto de ser necessário interrogar um grande número de pessoas, para conhecimento de uma população enquanto condições de vida, os seus comportamentos, e ainda analisar um fenómeno social (Quivy & Campenhoudt, 1992).

O inquérito/questionário consistem numa interrogação sistémica a um grande número de pessoas, por norma representativos de uma dada população, com a finalidade de provir as deduções e generalizações. Ou seja, é uma técnica de recolha de dados dirigida para estudos de grande escala, sendo os dados generalizáveis e comparáveis. Devido ao grande número de pessoas inquiridas e o seguido tratamento de dados, as respostas na sua generalidade são pré-codificadas sendo obrigatório aos inquiridos escolher de uma das respostas propostas (Quivy & Campenhoudt, 1992).

O inquérito/questionário “é o processo que visa a obtenção de respostas expressas pelos participantes no estudo” (Wiersma, 1995; Goiglione & Matalon, 1997, cit. in Coutinho, 2011, pp. 100). Podem ser aplicados a um grande número de pessoas e entregues em mão ou enviados por correio e podem ser aplicados em variadas situações, tendo grande sucesso nos estudo realizados nas ciências sociais e humanas (idem). O processo ocorrido por correio merece pouca confiança pois as perguntas podem ser mal interpretadas e não contempla a mesma exigência.

Devemos ter em atenção algumas regras na construção do questionário como as questões serem simples, não usar linguagem muito especializada, fazer uma questão de cada vez, entre outros aspetos. Relativamente ao tipo de questões, podem ser abertas ou fechadas, e inicialmente existem as questões de classificação. As questões de classificação abordam um conjunto de informação relativa aos elementos base de modo a conhecer a pessoa. Nas questões abertas a pessoa dá a sua opinião relativamente ao que é pedido e nas questões fechadas o indivíduo tem que escolher uma das respostas que pré-determinadas. Com isto, a forma de análise das questões também têm a sua parte positiva e negativa, pois as questões fechadas são mais fáceis de analisar, sendo que a questão aberta visto que são opiniões das pessoas com as suas próprias palavras, a sua análise é mais difícil. Dentro das questões fechadas podemos ter as que utilizam escalas tendo níveis para diferenciar as várias respostas.

O inquérito/questionário tanto tem pontos fortes como pontos fracos. Ribeiro (2008, pp. 19) refere como ponto forte: “ (...) o anonimato, questões objetivas (...),

questões padronizadas (...), deixa em aberto o tempo para as pessoas pensarem sobre as respostas, facilidade de conversão dos dados (...), custo razoável”; como pontos fracos: “baixa taxa de resposta por questionários enviados pelo correio, inviabilidade de comprovar respostas ou esclarecê-las, difícil pontuar questões abertas, dá margem a respostas influenciadas (...), restrito a pessoas aptas à leitura, (...) itens polarizados/ambíguos”.

De forma a atingir os objetivos propostos foram utilizados quatro instrumentos de recolha de dados, sendo todos baseados em questionários. Utilizamos o questionário sociodemográfico para caracterizar a amostra participante, a escala de satisfação com a vida (SWLS) de forma a analisar a satisfação com a vida de cada idoso, o questionário de qualidade de vida (Whoqol-Bref) para avaliar a qualidade de vida, e por fim o questionário de *flow*.

#### **(i) Questionário Sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico foi o primeiro questionário a ser implementado devido à sua estrutura introdutória. Este questionário foi devidamente ajustado à população que participou na investigação, ou seja, foi um questionário realizado de raiz e adaptado. O questionário contempla questões do foro pessoal e social, e ainda relativas à saúde e às atividades ocupacionais.

#### **(ii) Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)**

A escala de satisfação com a vida foi elaborada por Diener, Emmons, Larsen e Griffins (1985) que tem como objetivo avaliar o grau de satisfação do indivíduo em relação à sua própria vida. As questões do SLWS são de cariz global, levando a que os inquiridos analisem os domínios das suas vidas a partir dos seus próprios valores e permitindo um julgamento global sobre a satisfação com a própria vida (Pavot & Diener, 1993).

A SWLS foi traduzida e validada, pela primeira vez, em Portugal, por Neto, Barros, e Barros, em 1990, devido a um estudo com professores. Um dos objetivos do estudo seria verificar se existiam diferenças em relação à satisfação com a vida segundo o sexo, o tempo de serviço e o nível de ensino dos professores (Neto, Barros & Barros, 1990).

Relativamente à estrutura, a SWLS é constituída por 5 afirmações, cujas respostas para cada item são dadas através de uma escala de tipo Likert de 7 pontos,

variando entre 1 (“Não concordo totalmente”) e 7 (“Concordo totalmente”), sendo que o 4 corresponde a uma posição intermédia (“Neutro, não concordo, nem discordo”). A pontuação total oscila entre 5 (baixa satisfação com a vida) e 35 (alta satisfação com a vida), ou seja, quanto maior for o resultado final melhor será a satisfação com a vida.

A consistência interna da Escala de Satisfação com a Vida realizada através do estudo da versão portuguesa foi de .78, sendo aceitável (Neto, Barros & Barros, 1990).

A consistência interna da Escala de Satisfação com a Vida, tal como efetuado pelos autores da escala original, foi calculado o alfa de *Cronbach* para a escala total. Os resultados revelaram um valor alfa de *Cronbach* de .84 o que revela uma boa consistência interna na amostra em estudo.

Tabela 3: Resultados da análise de consistência interna da Escala de Satisfação com a Vida (N=100)

| Itens   | Correlação do item com o total da escala (corrigido) | Alfa se o item for eliminado |
|---|--|------------------------------|
| Em muitos campos a minha vida está próxima do meu ideal                           | .694   | .803                         |
| As minhas condições de vida são excelentes  | .596   | .828                         |
| Estou satisfeito com a minha vida   | .763   | .785                         |
| Até ao momento, tenho alcançado as coisas importantes que quero para a minha vida | .715   | .792                         |
| Se pudesse viver a minha vida de novo, não mudaria quase nada                     | .611   | .850                         |
| Alfa de Cronbach = .843   |  |                              |

### (iii) Questionário da Qualidade de Vida (Whoqol-Bref)

O instrumento Whoqol-Bref é um instrumento abreviado do instrumento Whoqol-100, concebido pelo grupo da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde de forma a ficar validade para a população portuguesa por Canavarro et al. (2007).

O questionário WHOQOL-BREF é constituído por 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert de 5 pontos, articuladas por dimensões positivas e negativas (quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 itens que representam 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

O domínio físico (domínio 1) engloba as seguintes questões: 3. Dor e desconforto, 4. Energia e fadiga, 10. Sono e repouso, 15. Mobilidade, 16. Atividades da

vida quotidiana, 17. Dependência de medicação ou de tratamentos, e 18. Capacidade de trabalho. O domínio psicológico (domínio 2) engloba as seguintes questões: 5. Sentimentos positivos, 6. Pensar, aprender, memória e concentração, 7. Auto-estima, 11. Imagem corporal e aparência, 19. Sentimentos negativos, e 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais. O domínio das relações sociais (domínio 3) engloba apenas as seguintes questões: 20. Relações pessoais, 21. Suporte (Apoio) social, e 22. Atividade sexual. Por fim o domínio do meio ambiente (domínio 4) engloba as seguintes questões: 8. Segurança física e proteção, 9. Ambiente no lar, 12. Recursos financeiros, 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer, 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima), e 25. Transporte (Canavarro, et al., 2007).

A consistência interna da versão português do Questionário da Qualidade de Vida é de .92 (alfa de *Cronbach*,) (Canavarro, et al., 2007).

Na amostra em estudo, na avaliação da consistência interna do Questionário da Qualidade de Vida, tal como efetuado pelos autores da escala original, foi calculado o alfa de *Cronbach* para a escala total. Os resultados revelaram um valor alfa de *Cronbach* de .83 o que revela uma boa consistência interna na amostra em estudo e muito semelhante ao encontrado no estudo de Canavarro (2007).

Tabela 4: Resultados da análise de consistência interna do Questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) (N=100)

| Itens  | Correlação do item com o total da escala (corrigido) | Alfa se o item for eliminado |
|--|--|------------------------------|
| 1. Como avalia a sua qualidade de vida?  | .423   | .826                         |
| 2. Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?  | .486   | .823                         |
| 3. Em que medida as suas dores (físicas) o impedem de fazer o que precisas de fazer?                     | .315   | .832                         |
| 4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?                               | .212   | .834                         |
| 5. Até que ponto gosta da sua vida?  | .500   | .823                         |
| 6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?   | .547   | .821                         |
| 7. Até que ponto se consegue concentrar?   | .375   | .828                         |
| 8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?   | .264   | .831                         |
| 9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?   | .197   | .833                         |
| 10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?   | .521   | .821                         |
| 11. É capaz de aceitar a sua aparência física?   | .429   | .826                         |
| 12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?  | .362   | .828                         |
| 13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?          | .187   | .833                         |
| 14. Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?                                   | .323   | .830                         |
| 15. Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar a si próprio)?             | .460   | .826                         |
| 16. Até que ponto está satisfeito com o seu sono?  | .288   | .832                         |
| 17. Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia? | .591   | .819                         |
| 18. Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?                                      | .605   | .820                         |
| 19. Até que ponto está satisfeito consigo próprio?   | .533   | .822                         |
| 20. Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?   | .395   | .827                         |
| 21. Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?   | .133   | .834                         |
| 22. Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?                                | .402   | .830                         |
| 23. Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?                                 | .148   | .834                         |
| 24. Até que ponto está satisfeito com acesso que tem aos serviços de saúde?                              | .339   | .829                         |
| 25. Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?  | .292   | .831                         |
| 26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? | .342   | .831                         |
| Alfa de Cronbach   | .834   |                              |

#### **(iv) Questionário de Flow**

O Questionário de Flow foi baseado num questionário da autoria de Graziano (2005).

O questionário é composto por 7 perguntas, sendo cinco fechadas e 2 abertas. O facto de existirem questões abertas determina a perceção da qualidade da experiência autotélica que a pessoa alcançou, de modo a perceber se atingiu o estado de *flow* ou não.

### **4. Procedimento de recolha de dados**

Esta investigação mantém a confidencialidade e o anonimato, com o intuito de evitar constrangimentos, por parte dos inquiridos e promover a equidade das respostas.

O presente estudo teve início com uma pesquisa e recolha bibliográfica com o objetivo de elaborar a revisão da literatura acerca da temática em estudo. Após a recolha inicial da revisão da literatura, determinou-se utilizar os quatro instrumentos de recolha de dados já mencionado, uma vez que se chegou à conclusão que era o mais adequado para a amostra em estudo. O órgão responsável de cada uma das instituições onde decorreu o estudo foi contactado formalmente no sentido de esclarecer os objetivos da investigação e obter o consentimento para proceder ao conseguimento de participantes nas suas instalações. Das três instituições contactadas, autorizaram a participação dos seus utentes dos respetivos questionários.

Os objetivos de estudo em questão foram apresentados aos participantes e foi sempre questionado se tinham vontade de participar. Após a obtenção da aprovação e asseguradas os requisitos de confidencialidade dos resultados procedeu-se à gestão dos questionários, com a disposição ordenada, no sentido de controlar o efeito de ordem nas respostas. Cada conjunto de questionários era composto por quatro instrumentos descritos anteriormente: um questionário sociodemográfico, a escala de satisfação com a vida (SWLS), o questionário de qualidade de vida (Whoqol-Bref), e por fim o questionário de *flow*. Devido às características específicas da amostra, o investigador esteve sempre presente na aplicação do questionário e fez as adaptações necessárias, quando se justificou.

A aplicação dos questionários decorreu nos meses de abril e maio de 2017, consoante a disponibilidade das instituições. É de realçar que quase todos os utentes que foram inquiridos, no fim manifestaram o seu contentamento na participação destes

questionários, deixando uma palavra de apreço referindo um momento muito bem passado.

## 5. Procedimentos de Análise de Dados

Todas as estimativas calculadas nesta investigação utilizaram o SPSS.

Para averiguar a normalidade da distribuição foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov ou o teste Shapiro-Wilk quando adequado.

O estudo da fidelidade interna, de modo a provar a consistência interna foi avaliado pelo alfa de *Cronbach*.

A análise descritiva realizada neste estudo incidiu sobre a média (M), o desvio padrão (DP), e os valores mínimo (Mín) e máximo (Máx), sendo com variáveis quantitativas. Esta análise incidiu na caracterização sociodemográfica da amostra e nos restantes três instrumentos.

O *t-test* é um teste de comparação de grupo para avaliar diferenças. Foi efetuado o teste para: a idade categorizada, género, dependência na mobilidade, iniciativa da institucionalização, participação em atividades, e convívio social.

O estudo da correlação entre variáveis foi realizado através do coeficiente de correlação de *Pearson*, sendo feitos três estudos. A correlação é um teste de associação de variáveis (não avalia a causalidade). Foi feito o estudo da associação entre os domínios da Qualidade de vida e satisfação com a vida; o estudo da associação entre os domínios da qualidade de vida, a satisfação com a vida, idade e tempo de institucionalização; e ainda o estudo da associação entre os domínios da qualidade de vida, a satisfação com a vida, a avaliação global da qualidade de vida e a satisfação com a saúde.

Ainda foi realizado um estudo de correlação bisserial, ou seja, contendo variáveis numéricas com variáveis dicotómicas). Este estudo efetuou a associação entre os domínios da qualidade de vida, a satisfação com a vida, a atividade de flow, a idade categorizada, o género, a mobilidade, a participação em atividades, a iniciativa da institucionalização e o convívio social.

## Capítulo IV - Apresentação dos Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados das análises realizadas segundo os objetivos desta investigação. Os dados são apresentados de uma forma simplificada, com o intuito de serem facilmente perceptíveis e analisados. Relativamente à sua estrutura é composto por três pontos: os resultados descritivos de cada variável, a comparação de grupos, e associação entre variáveis.

### 1. Resultados descritivos

Os resultados descritivos estão organizados em três variáveis: a satisfação com a vida, a qualidade de vida e o *flow*.

#### 1.1. Satisfação com a Vida

O instrumento que realiza a avaliação da descrição da satisfação com a vida dos inquiridos baseia-se em cinco questões. Em todos os itens o valor médio é similar como é perceptível na tabela 5. O valor médio total da escala apresentado é de 26.34 em 35 (D.P.=5.46), um valor acima do ponto médio da escala de satisfação com a vida. Em todas as questões a opção predominante foi “concordo totalmente”.

Tabela 5: Resultados descritivos (valores médios, desvios-padrão, valor mínimo e máximo) dos itens e do total da escala de Satisfação com a Vida (SWLS) (N=100)

| Itens/Escala total  | M     | DP    | Mín. | Máx. |
|---|-------|-------|------|------|
| Em muitos campos a minha vida está próxima do meu ideal                           | 5.27  | 1.196 | 2    | 7    |
| As minhas condições de vida são excelentes  | 5.56  | 1.057 | 3    | 7    |
| Estou satisfeito com a minha vida   | 5.42  | 1.216 | 2    | 7    |
| Até ao momento, tenho alcançado as coisas importantes que quero para a minha vida | 5.22  | 1.404 | 1    | 7    |
| Se pudesse viver a minha vida de novo, não mudaria quase nada                     | 4.87  | 1.931 | 1    | 7    |
| Total da Escala SWLS  | 26.34 | 5.46  | 14   | 35   |

Nota. M = valor médio; DP = desvio padrão; Mín. = valor mínimo; Máx. = valor máximo

Os resultados deste instrumento podem também ser analisados em função do nível de satisfação. Os níveis de satisfação propostos por Pavot e Diener (2009) são: extremamente insatisfeito, insatisfeito, levemente insatisfeito, ponto neutro de

satisfação/insatisfação, levemente satisfeito, satisfeito, extremamente satisfeito. Os resultados obtidos na tabela 6 permitem-nos concluir que a amostra inquirida está no nível “satisfeito” com a vida (37%), seguidos de dois grupos com percentagem similares, “levemente satisfeito” com 24% e “extremamente satisfeito” com 23%. Numa última análise mais global, observa-se que 84% dos idosos mostram satisfação com a vida (“levemente satisfeito” a “extremamente satisfeito”).

*Tabela 6: Resultados descritivos relativos ao nível de Satisfação com a Vida (frequências absolutas e relativas) (N=100)*

|   | n  | %  |
|---|----|----|
| Extremamente insatisfeito               | -  | -  |
| Insatisfeito                            | 2  | 2  |
| Levemente Insatisfeito                  | 10 | 10 |
| Ponto neutro de satisfação/insatisfação | 4  | 4  |
| Levemente Satisfeito                    | 24 | 24 |
| Satisfeito                              | 37 | 37 |
| Extremamente Satisfeito                 | 23 | 23 |

Nota. Níveis de Satisfação com a Vida do SWLS propostos por Pavot e Diener (2009)

## 1.2. Qualidade de Vida

A variável Qualidade de Vida foi avaliada em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente e ainda em duas questões gerais sobre a qualidade de vida e a satisfação com a saúde.

Na tabela 7, relativamente aos domínios, verifica-se que o domínio mais elevado foi o domínio ambiente (35.08), e o domínio com o resultado menor foi o domínio relações sociais (11.06). Entre o domínio físico e o psicológico não existe muita discrepância sendo que apresentam uma média de 21.11 e 21.54, respetivamente. Relativamente às duas questões gerais também estão bastante similares as suas médias, sendo de 3.71 a avaliação global da qualidade de vida e de 3.50 a satisfação com a saúde.

Tabela 7: Resultados descritivos (valores médios, desvios-padrão, valor mínimo e máximo) dos domínios e total do Questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) (N=100)

| Domínios e Escala total               | M     | DP    | Mín. | Máx. |
|---------------------------------------|-------|-------|------|------|
| Domínio Físico                        | 21.11 | 3.081 | 14   | 30   |
| Domínio Psicológico                   | 21.54 | 2.072 | 17   | 26   |
| Domínio Relações Sociais              | 11.06 | .801  | 8    | 13   |
| Domínio Ambiente                      | 35.08 | 2.769 | 29   | 40   |
| Avaliação Global da Qualidade de Vida | 3.71  | .624  | 2    | 5    |
| Satisfação com a Saúde                | 3.50  | .893  | 1    | 5    |

Nota. M = valor médio; DP = desvio padrão; Mín. = valor mínimo; Máx. = valor máximo

Na tabela 8, estão expostos os resultados descritivos dos itens do questionário da qualidade de vida. Ao nível da média os resultados variam entre 3.10 e 4.59. Os itens com valores médios mais elevados são os itens 8 (“Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?”), 9 (“Em que medida é saudável o seu ambiente físico?”) e 23 (Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?) o que mostra que são fatores relevantes para uma perceção positiva da qualidade de vida. Os valores mínimos que sobressaem são os itens 15 (“Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar a si próprio?)”), 16 (“Até que ponto está satisfeito com o seu sono?”) e 21 (“Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?”), sendo contudo superior ao ponto médio de cada item.

Tabela 8: Resultados descritivos (valores médios, desvios-padrão, valor mínimo e máximo) dos itens (N=100)

| Itens/Escala total   | M    | DP    | Mín. | Máx. |
|--|------|-------|------|------|
| 1. Como avalia a sua qualidade de vida?  | 3.71 | .624  | 2    | 5    |
| 2. Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?  | 3.50 | .893  | 1    | 5    |
| 3. Em que medida as suas dores (físicas) o impedem de fazer o que precisas de fazer?                     | 4.00 | .995  | 2    | 5    |
| 4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?                               | 4.40 | .739  | 2    | 5    |
| 5. Até que ponto gosta da sua vida?  | 3.79 | .743  | 2    | 5    |
| 6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?   | 3.94 | .708  | 2    | 5    |
| 7. Até que ponto se consegue concentrar?   | 3.78 | .690  | 2    | 5    |
| 8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?   | 4.58 | .516  | 3    | 5    |
| 9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?   | 4.59 | .570  | 2    | 5    |
| 10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?   | 3.47 | .893  | 2    | 5    |
| 11. É capaz de aceitar a sua aparência física?   | 3.52 | .674  | 2    | 5    |
| 12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?  | 3.57 | .655  | 2    | 5    |
| 13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?          | 4.45 | .539  | 3    | 5    |
| 14. Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?                                   | 4.37 | .614  | 3    | 5    |
| 15. Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar a si próprio)?             | 3.17 | 1.264 | 1    | 5    |
| 16. Até que ponto está satisfeito com o seu sono?  | 3.40 | .932  | 1    | 5    |
| 17. Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia? | 3.68 | .777  | 2    | 5    |
| 18. Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?                                      | 3.79 | .624  | 2    | 5    |
| 19. Até que ponto está satisfeito consigo próprio?   | 4.01 | .659  | 2    | 5    |
| 20. Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?   | 4.02 | .586  | 1    | 5    |
| 21. Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?   | 3.10 | .333  | 3    | 5    |
| 22. Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?                                | 3.94 | .278  | 3    | 5    |
| 23. Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?                                 | 4.56 | .499  | 4    | 5    |
| 24. Até que ponto está satisfeito com acesso que tem aos serviços de saúde?                              | 4.51 | .559  | 3    | 5    |
| 25. Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?  | 4.45 | .575  | 2    | 5    |
| 26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? | 3.50 | 1.020 | 1    | 5    |

Nota. M = valor médio; DP = desvio padrão; Mín. = valor mínimo; Máx. = valor máximo

Na tabela 9, estão expostos os resultados descritivos dos dois itens de caráter geral, relativos aos itens 1 e 2: avaliação global da qualidade de vida e satisfação com a saúde, respetivamente. De forma geral a amostra inquirida considera a sua qualidade de vida “boa” (56%), sendo que de seguida 35% assume que a sua qualidade de vida é “nem boa nem má”. Uma qualidade de vida “muito boa” apenas 8% dos inquiridos o afirma. Relativamente à satisfação com a saúde as respostas tornam-se mais dispersas, contudo quase metade da amostra (48%) afirma estar “satisfeito” com a sua saúde. Embora, 29% não consiga expressar a sua qualidade ao nível da saúde respondendo que a sua saúde não é boa nem má, ou seja, “nem satisfeito nem insatisfeito”.

Tabela 9: Resultados descritivos relativos aos itens 1 e 2 do Questionário WHOQOL: avaliação global da Qualidade de vida e satisfação com a saúde (frequências e percentagens) (N=100)

| Avaliação Global da Qualidade de Vida e Satisfação com a Saúde | n  | %  |
|--|----|----|
| <i>Como avalia a sua Qualidade de Vida?</i>                    |    |    |
| Muito má   | -  | -  |
| Má   | 1  | 1  |
| Nem boa nem má   | 35 | 35 |
| Boa  | 56 | 56 |
| Muito boa  | 8  | 8  |
| <i>Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?</i>          |    |    |
| Muito insatisfeito   | 2  | 2  |
| Insatisfeito   | 12 | 12 |
| Nem satisfeito nem insatisfeito                                | 29 | 29 |
| Satisfeito   | 48 | 48 |
| Muito satisfeito   | 9  | 9  |

### 1.3 Flow

Na tabela 10 são apresentados os valores referentes à existência ou inexistência de momentos de *flow*. Neste questionário, a primeira questão definia o seguimento do mesmo. Como tal, apenas quem respondeu “sim” à primeira questão, dava continuidade ao questionário, sendo que quem respondeu negativamente não deu continuidade ao mesmo.

Perante o estudo, é perceptível que mais de metade da amostra (58%) afirma ter estado em *flow*, ao invés de 42% que responderam negativamente. Contudo, como já foi referido antes, devido à dificuldade de compreensão dos inquiridos e pela dificuldade de resposta depois de explicada a questão, torna-se um instrumento com limitações. A limitação é perceptível pois na tabela 7, por exemplo, na questão “*Acha que essa atividade lhe exige o que tem de melhor para oferecer?*”, os inquiridos que responderam positivamente à primeira grande questão, 21% responderam “não sei”. Ou

seja, podemos analisar que as pessoas inquiridas não sabem se as atividades lhes proporcionam o melhor de si, se proporcionam prazer.

*Tabela 10: Resultados descritivos relativos ao item 1 do Questionário de Flow (frequência absoluta e relativa) (N=100)*

|  | N  | %  |
|--|----|----|
| Existe algum tipo de atividade recompensadora, envolvente e aprazível, onde é capaz de focar a sua total atenção, a ponto de ser capaz de perder a noção do tempo? |    |    |
| Sim  | 58 | 58 |
| Não  | 42 | 42 |

Os inquiridos que prosseguiram o questionário, reportaram que a atividade que mais prazer lhes dava são os jogos (16%), seguido do item “outros (e.g. passear, conversar, cozinhar)” com 15%, estando as restantes atividades com percentagens muito similares. Relativamente à frequência com que praticam essas mesmas atividades encontra-se acima de duas vezes por semana (23%). Na “maioria das vezes” (26%) os idosos afirmam que quando se dedicam à atividade em causa, conseguem obter total concentração, sendo que ninguém respondeu “raramente”, ou seja, existe sempre alguma percentagem de concentração. A razão de gostarem das atividades tem a ver com o facto de serem principalmente “atividades de lazer” (26%) e relacionadas com a “motivação” (15%), seguindo-se do “bem-estar” (9%).

Tabela 11: Resultados descritivos relativos ao Questionário de Flow (frequências absolutas e relativas por item) (N=58)

|   | n  | %  |
|---|----|----|
| Qual é atividade em causa?  |    |    |
| Jogos   | 16 | 16 |
| Costura/Bordar  | 6  | 6  |
| Música  | 3  | 3  |
| Tecnologia  | 1  | 1  |
| Exercício   | 2  | 2  |
| Trabalhos manuais   | 6  | 6  |
| Profissão   | 2  | 2  |
| Leitura   | 4  | 4  |
| Reza  | 3  | 3  |
| Outros (e.g. passear, conversar, cozinhar)  | 15 | 15 |
| Aproximadamente com que frequência costuma praticar essa atividade?   |    |    |
| Raramente   | 12 | 12 |
| Uma vez por mês   | 4  | 4  |
| Dois vezes por mês  | 9  | 9  |
| De uma a duas vezes por semana  | 10 | 10 |
| Acima de duas vezes por semana  | 23 | 23 |
| Uma vez que esteja a dedicar-se a essa atividade, com que frequência consegue obter total concentração no que está a fazer? |    |    |
| Raramente   | -  | -  |
| Apenas em algumas das vezes   | 12 | 12 |
| A maioria das vezes   | 26 | 26 |
| Sempre  | 20 | 20 |
| O que gosta nessa atividade?  |    |    |
| Bem-estar   | 9  | 9  |
| Atividade de lazer  | 26 | 26 |
| Motivação   | 15 | 15 |
| Crença religiosa  | 2  | 2  |
| Outros  | 4  | 4  |
| Não sei   | 2  | 2  |
| Acha que essa atividade lhe exige o que tem de melhor para oferecer?  |    |    |
| Sim   | 36 | 36 |
| Não   | 1  | 1  |
| Não sei   | 21 | 21 |
| Exigência da atividade  |    |    |
| Média   | 4  | 4  |
| Alta  | 11 | 11 |
| Muito alta  | 21 | 21 |

## 2. Comparação de grupos

Foram efetuadas análises comparativas dos resultados entre os grupos no que concerne à idade, ao género, à mobilidade, à iniciativa da institucionalização, à participação em atividades, e ao convívio social. Para tal, foi utilizado o *t-test* para amostras independentes, um teste paramétrico de comparação de grupos para avaliar diferenças estatisticamente significativas.

## 2.1 Diferenças com a idade

A amostra foi agrupada em dois grupos de acordo com a idade: “idosos com idade igual ou inferior a 84 anos” e “idosos com idade superior a 84 anos”. Esta divisão aconteceu para que seja perceptível a distinção da qualidade de vida de idosos mais novos e mais velhos.

Na tabela 12, existe uma diferença estatisticamente significativa ( $p < .05$ ) no domínio físico relativamente à idade dos inquiridos, revelando que os idosos mais novos ( $\leq 84$  anos) têm uma perceção de qualidade de vida ao nível físico superior aos idosos mais velhos ( $> 84$  anos).

Na satisfação com a vida não foram encontradas diferenças entre os grupos.

Tabela 12: Resultados do t-test para amostras independentes: idade categorizada (N=100)

| Variável              | $\leq 84$ anos<br>(n=53) | $> 84$ anos<br>(n=46) | t           |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-------------|
|                       | M (DP)                   | M (DP)                |             |
| Domínio físico        | 21.89 (3.20)             | 20.33 (2.68)          | 2.61*       |
| Domínio psicológico   | 21.91 (2.12)             | 21.11 (1.97)          | <i>1.97</i> |
| Relações Sociais      | 11.19 (.810)             | 10.91 (.784)          | <i>1.71</i> |
| Ambiente              | 35.28 (2.94)             | 34.91 (2.56)          | .662        |
| Satisfação com a Vida | 25.87 (5.83)             | 26.87 (5.08)          | -.904       |

Nota: M = média; DP = desvio-padrão; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ;  $df=97$ ; *italico* = tendência de significância

## 2.2 Diferenças de género

O estudo das diferenças de género relativamente aos domínios da qualidade de vida revelaram uma diferença estatisticamente significativa ( $p < .05$ ) no domínio psicológico. Ou seja, a perceção da qualidade de vida no domínio psicológico é inferior no género feminino comparativamente com o género masculino.

Na satisfação com a vida não foram encontradas diferenças entre os grupos.

Tabela 13: Resultados do t-test para amostras independentes: gênero (N=100)

| Variável              | Feminino<br>(n=74) | Masculino<br>(n=26) | t      |
|-----------------------|--------------------|---------------------|--------|
|                       | M (DP)             | M (DP)              |        |
| Domínio físico        | 20.82 (3.14)       | 21.92 (2.81)        | -1.58  |
| Domínio psicológico   | 21.28 (2.01)       | 22.27 (2.11)        | -2.12* |
| Relações Sociais      | 11.07 (.849)       | 11.04 (.662)        | .158   |
| Ambiente              | 35.04 (2.83)       | 35.19 (2.64)        | -.239  |
| Satisfação com a Vida | 26.74 (5.33)       | 25.19 (5.78)        | 1.25   |

Nota: M = média; DP = desvio-padrão; \*p<.05; \*\*p<.01; df=98

### 2.3 Dependência na mobilidade

A amostra foi agrupada em dois grupos de acordo com a dependência na mobilidade: dependentes de auxílio ou não dependentes. Esta divisão acontece de modo a perceber a importância da dependência na qualidade de vida de uma pessoa idosa.

Na tabela 14, observam-se diferenças estatisticamente significativas no domínio físico, no domínio psicológico e na satisfação com a vida relativamente à dependência na mobilidade dos inquiridos, revelando que os idosos que não reportaram dependência de auxílio têm uma percepção de qualidade de vida ao nível físico, psicológico e também na satisfação com a vida superior aos idosos dependentes de auxílio.

Tabela 14: Resultados do t-test para amostras independentes: dependência na mobilidade (N=100)

| Variável              | Dependente de auxílio<br>(n=54) | Não dependente<br>(n=46) | t      |
|-----------------------|---------------------------------|--------------------------|--------|
|                       | M (DP)                          | M (DP)                   |        |
| Domínio físico        | 19.96 (2.56)                    | 22.46 (3.13)             | 4.39** |
| Domínio psicológico   | 21.13 (1.97)                    | 22.02 (2.11)             | 2.19*  |
| Relações Sociais      | 10.94 (.834)                    | 11.20 (.749)             | 1.57   |
| Ambiente              | 35.15 (2.67)                    | 35 (2.91)                | .265   |
| Satisfação com a Vida | 27.35 (5.14)                    | 25.15 (5.65)             | 2.04*  |

Nota: M = média; DP = desvio-padrão; \*p<.05; \*\*p<.01; df=98

### 2.4 Institucionalização

Os participantes foram agrupados consoante a iniciativa da institucionalização: iniciativa própria e iniciativa de outros.

Na tabela 15, existe uma diferença estatisticamente significativa entre grupos no domínio físico e no domínio das relações sociais relativamente à iniciativa da institucionalização dos inquiridos, sendo que os idosos que ingressaram no lar por iniciativa própria têm uma perceção da qualidade de vida ao nível físico e das relações sociais superior aos idosos que entraram por iniciativa de outros.

Na satisfação com a vida não foram encontradas diferenças entre os grupos.

Tabela 15: Resultados do t-test para amostras independentes: iniciativa da institucionalização (N=100)

| Variável              | Iniciativa própria<br>(n=70) | Iniciativa de outros<br>(n=25) | t      |
|-----------------------|------------------------------|--------------------------------|--------|
|                       | M (DP)                       | M (DP)                         |        |
| Domínio físico        | 21.63 (2.97)                 | 19.72 (2.92)                   | 2.76** |
| Domínio psicológico   | 21.73 (2.09)                 | 21.04 (1.97)                   | 1.44   |
| Relações Sociais      | 11.16 (.629)                 | 10.72 (1.10)                   | 2.41*  |
| Ambiente              | 35.09 (2.65)                 | 34.9 (3.14)                    | .317   |
| Satisfação com a Vida | 26.89 (5.14)                 | 25.36 (5.78)                   | 1.23   |

Nota: M = média; DP = desvio-padrão; \*p<.05; \*\*p<.01; df=93;

## 2.5 Participação em atividades

Os participantes foram agrupados em dois grupos: os que participam em atividades e os que não participam em atividades.

Na tabela 16, observa-se uma diferença estatisticamente significativa (p<.05) no domínio físico relativamente à participação nas atividades da instituição dos inquiridos, revelando que os idosos que participam em atividades têm uma perceção de qualidade de vida ao nível físico superior que os idosos que não participam em atividades.

Na satisfação com a vida não foram encontradas diferenças entre os grupos.

Tabela 16: Resultados do t-test para amostras independentes: participação em atividades (N=100)

| Variável              | Participa em<br>atividades<br>(n=58) | Não participa em<br>atividades<br>(n=42) | t     |
|-----------------------|--------------------------------------|--|-------|
|                       | M (DP)                               | M (DP)                                   |       |
| Domínio físico        | 21.66 (3.12)                         | 20.36 (2.90)                             | 2.12* |
| Domínio psicológico   | 21.71 (2.24)                         | 21.31 (1.81)                             | .946  |
| Relações Sociais      | 11.19 (.888)                         | 10.88 (.633)                             | 1.93  |
| Ambiente              | 35.41 (2.94)                         | 34.62 (2.48)                             | 1.42  |
| Satisfação com a Vida | 27.19 (5.61)                         | 25.29 (5.14)                             | 1.67  |

Nota: M = média; DP = desvio-padrão; \*p<.05; \*\*p<.01; df = 98; *italico* = tendência de significância

## 2.6 Convívio Social

A comparação de grupos foi realizada entre participantes que reportaram convívio moderado a muito e participantes sem/pouco convívio.

Na tabela 17, pode observar-se uma diferença estatisticamente significativa em todos os domínios da qualidade de vida e na satisfação com a vida relativamente ao convívio social dos indivíduos. Os sujeitos que convivem moderadamente a muito revelam valores médios em todos os domínios da qualidade de vida e na satisfação com a vida, superiores aos idosos sem/pouco convívio.

Tabela 17: Resultados do t-test para amostras independentes: Convívio Social (N=100)

| Variável              | Sem/Pouco convívio (n=34) | Convívio moderado a muito (n=66) | t       |
|-----------------------|---------------------------|----------------------------------|---------|
|                       | M (DP)                    | M (DP)                           |         |
| Domínio físico        | 19.94 (2.44)              | 21.71 (3.22)                     | -2.82** |
| Domínio psicológico   | 20.47 (1.90)              | 22.09 (1.95)                     | -3.97** |
| Relações Sociais      | 10.71 (.799)              | 11.24 (.745)                     | -3.33** |
| Ambiente              | 34.24 (2.68)              | 35.52 (2.74)                     | -2.23*  |
| Satisfação com a Vida | 24.06 (5.91)              | 27.52 (4.86)                     | -3.13** |

Nota: M = média; DP = desvio-padrão; df = 98; \*p<.05; \*\*p<.01

## 3. Associações entre variáveis

No estudo da associação, entre as variáveis foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson*. A intensidade das relações seguiu os intervalos de Bryman e Cramer (2003)<sup>1</sup>.

### 3.1. Qualidade de vida e Satisfação com a vida

Na tabela 18 estão os resultados da correlação entre os domínios da Qualidade de vida e da satisfação com a vida. Constatamos que existem correlação significativa e positiva, de intensidade baixa, entre o domínio ambiente e o psicológico ( $r=0.286$ ), e entre a satisfação com a vida e o ambiente ( $r=0.349$ ); de intensidade moderada entre a satisfação com a vida e o domínio psicológico ( $r=0.549$ ).

---

<sup>1</sup> De acordo com Bryman e Cramer (2003) a intensidade da correlação é considerada baixa se o r for igual ou maior 0.2 e menor que 0.4; é considerada moderada se o r for igual ou maior 0.4 e menor que 0.7; é considerada alta se o r for igual ou maior 0.7 e menor que 0.9; é considerada muito alta se o r for igual ou maior 0.9.

Tabela 18: Resultados da Correlação de Pearson para o estudo da associação entre os domínios da Qualidade de vida e a satisfação com a vida (N=100)

| Variáveis                             | 1.    | 2.     | 3.    | 4.     | 5. |
|---------------------------------------|-------|--------|-------|--------|----|
| 1. Domínio Físico                     | -     |        |       |        |    |
| 2. Domínio Psicológico                | .184  | -      |       |        |    |
| 3. Relações Sociais                   | .038  | .148   | -     |        |    |
| 4. Ambiente                           | -.090 | .286** | .129  | -      |    |
| 5. Total SWLS – satisfação com a vida | .066  | .549** | -.031 | .349** | -  |

Nota: \*\* p<.01; \* p<.05

Na tabela 19, apresenta-se o acréscimo dos resultados da correlação da avaliação global da qualidade de vida e da satisfação com a saúde. Constatamos que existe correlação significativa e positiva, de intensidade baixa, entre a avaliação global da qualidade de vida e o domínio psicológico ( $r=0.316$ ), entre a satisfação com a saúde e o domínio psicológico ( $r=0.340$ ), e entre a satisfação com a vida e a satisfação com a saúde ( $r=0.244$ ); de intensidade moderada, entre a satisfação com a saúde e a avaliação global da qualidade de vida ( $r=0.480$ ).

Tabela 19: Resultados da Correlação de Pearson (N=100)

| Variáveis                                | 1.    | 2.     | 3.    | 4.     | 5.     | 6.    | 7. |
|--|-------|--------|-------|--------|--------|-------|----|
| 1. Domínio Físico                        | -     |        |       |        |        |       |    |
| 2. Domínio Psicológico                   | .184  | -      |       |        |        |       |    |
| 3. Relações Sociais                      | .038  | .148   | -     |        |        |       |    |
| 4. Ambiente                              | -.090 | .286** | .129  | -      |        |       |    |
| 5. Avaliação Global da Qualidade de Vida | .161  | .316** | .059  | .183   | -      |       |    |
| 6. Satisfação com a Saúde                | .011  | .340** | .183  | .012   | .480** | -     |    |
| 7. Total SWLS – satisfação com a vida    | .066  | .549** | -.031 | .349** | .319   | .244* | -  |

Nota: \*\* p <.01; \* p<.05

Relativamente aos domínios da qualidade de vida e à satisfação com a vida, a análise apresenta um conjunto de correlações mais significativas com a dimensão 2 “qualidade de vida psicológica”. De todas as correlações, a mais expressiva ocorre entre a satisfação com a vida e o domínio psicológico ( $r=0,549$ ); opostamente, a correlação de

valor mais baixo verifica-se entre a satisfação com a vida e a satisfação com a saúde ( $r=0,244$ ).

### 3.2 Qualidade de vida, satisfação com a vida, idade e tempo de institucionalização

Na tabela 20, apresentam-se os resultados da correlação entre os domínios da Qualidade de vida, da satisfação com a vida e da idade e tempo de institucionalização.

Relembramos que existe correlação significativa e positiva, de intensidade baixa, entre o domínio psicológico e o domínio ambiente ( $r=0.286$ ), e entre a satisfação com a vida e o domínio ambiente ( $r=0.349$ ); de intensidade moderada, entre a satisfação com a vida e o domínio psicológico ( $r=0.549$ ).

O único dado novo aqui presente é entre a idade e a satisfação com a vida, de intensidade baixa ( $r=0.217$ ), o que significa que ao aumento de uma variável corresponde o aumento da outra.

*Tabela 20: Resultados da Correlação de Pearson para o estudo da associação entre os domínios da Qualidade de vida, a satisfação com a vida, idade e tempo de institucionalização (N=100)*

| Variáveis                             | 1.    | 2.     | 3.    | 4.    | 5.    | 6.   | 7. |
|---------------------------------------|-------|--------|-------|-------|-------|------|----|
| 1. Domínio Físico                     | -     |        |       |       |       |      |    |
| 2. Domínio Psicológico                | .184  | -      |       |       |       |      |    |
| 3. Relações Sociais                   | .038  | .148   | -     |       |       |      |    |
| 4. Ambiente                           | -.090 | .286** | .129  | -     |       |      |    |
| 5. Total SWLS – satisfação com a vida | .066  | .549** | -.031 | .349* | -     |      |    |
| 6. Idade                              | -.101 | -.033  | -.173 | .085  | .217* | -    |    |
| 7. Tempo na Instituição               | .079  | -.094  | -.068 | -.045 | .030  | .168 | -  |

Nota: \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

De todas as variáveis, o domínio psicológico continua a ser a que apresenta um conjunto de correlações mais significativas. De todas as correlações, a mais expressiva mantém-se a ocorrer entre a satisfação com a vida e o domínio psicológico ( $r=0,549$ ); opostamente, a correlação de valor mais baixo verifica-se entre a satisfação com a vida e a idade ( $r=0,217$ ).

## Capítulo V - Discussão dos Resultados

Neste último grande capítulo da investigação pretendemos interpretar a análise dos dados, através dos resultados da investigação no sentido de ajudar a compreender melhor os resultados obtido. Como tal, pretendemos também dar resposta aos objetivos do estudo, sendo que o objetivo principal é: analisar a qualidade de vida de idosos institucionalizados em estruturas residenciais para idosos.

A população estudada é maioritariamente do género feminino (74%) e com idade menor ou igual que oitenta e quatro anos, predominando viúvos (67%). Também a maioria são pessoas com o primeiro ciclo (62%) e metade da amostra vivia perto da cidade (50%).

Na institucionalização, quase metade estão há pelo menos dois anos (52%), e a outra metade está até quatro anos ou mais (48%). A iniciativa principal foi da própria pessoa (70%) devido, principalmente, à falta de apoio na sua residência.

Relativamente à saúde dos idosos situa-se no “razoável” (48%), sendo que um grande número assume que é “boa” (40%). Contudo, a maioria da amostra é dependência de auxílios na mobilidade (54%), sendo o mais utilizado a bengala (17%).

Nas atividades a participação ou não, é similar relativamente ao número de pessoas, sendo que a maioria dos idosos participa (58%). Como tal, as atividades propiciam o convívio entre pares e como tal, também a maioria convive com os restantes residentes (66%).

### Rotinas diárias dos adultos idosos institucionalizados, perante a experiência subjetiva e a qualidade de vida

Neste primeiro ponto foram agrupados os três primeiros objetivos de forma a realizar uma análise mais concisa, análise essa baseada nas tabelas de observação e nos dados estatísticos.

A razão do estudo ser focado em idosos institucionalizados, advém da vontade de querer analisar se os nossos idosos se sentem bem nas instituições de longa permanência. E essa análise começa pela iniciativa da institucionalização. No nosso estudo, 70% da amostra inquirida afirmou que foi por iniciativa própria, seguindo de 25% que foram os familiares que avançaram com a institucionalização, seguindo de uma total de 5% que foi por vontade de ambos ou dos técnicos de ação social. Tal é

corroborado por resultados de outro estudo (Almeida, 2008) com idosos institucionalizados onde a sua maioria foi por iniciativa própria para uma instituição e a percentagem seguinte também culmina com os familiares. Contrariamente, no estudo de Carvalho e Dias (2011) a iniciativa da institucionalização, predominante, pertence aos familiares e de seguida ao próprio idoso. Assim sendo, estes dois estudos dividem o que foi referido no capítulo I, onde é afirmado que apenas uma pequena parte da população idosa toma a decisão por vontade própria, ou seja, de viver numa instituição (Correia, 2007, cit. in Rodrigues, 2011).

Através da comparação de grupo estatisticamente significativas do nosso estudo, o domínio físico e as relações sociais são reveladores na importância da qualidade de vida relativamente à iniciativa da institucionalização. Contudo a ida para uma estrutura residencial tem sempre algum motivo associado, como a falta de apoio na própria residência.

Guedes (2008, p. 5) vem corroborar os motivos que estão na base do internamento em lar: “a perda da sua autonomia (...) seja ela física, económica, familiar ou psíquica: perda de cônjuge, solidão, doença e deterioração física e/ou mental, perda ou degradação habitacional, desentendimentos familiares e/ou indisponibilidade da família para cuidar”. Ainda adianta que apesar dos idosos referirem que ingressaram no lar por vontade própria, de forma a preservar a sua “integridade pessoal”, a verdade é que foi condicionada por fatores alheios à sua vontade.

A rotina dos utentes nas instituições em estudo baseia-se principalmente na permanência nas salas de convívio que os lares detêm ou nas salas de atividades. Com os idosos existe sempre uma colaboradora presente que os incentiva para a realização de atividades que estejam a fazer no momento ou algum jogo, como cartas ou dominó. Os espaços externos são para uso dos utentes também, mas na sua maioria usam com pouca frequência, havendo uma minoria que usufrui com grande frequência de forma a “desanuiar”. Contudo, a rotina institucional por norma é muito similar todos os dias. As instituições para idosos, geralmente, têm as suas próprias rotinas, logo os seus residentes não podem criar ou continuar com a rotina que tinham antes. Guedes (2008) relembra que o quotidiano numa instituição é regulado através de rotinas, regras e normas decididas apenas pela direção ou responsáveis.

Ao nível da participação nas atividades das instituições, como foi referido no capítulo metodológico, a maior parte participa (58%), sendo as mulheres que convivem mais (64,9%), contudo ainda existem muitas pessoas que não querem participar (42%)

por terem a opinião de que não têm uma finalidade ou então não têm interesse nas atividades.

Segundo Guedes (2008, p. 5) existem idosos que na entrada para um lar conseguem continuar com algumas atividades do seu interesse e procuram formas de se manterem ativos e com o sentido de utilidade social, “contudo a maioria remete-se para uma postura de inatividade e passividade”. E ainda, Rebelo (2015, p. 43) afirma que a participação dos idosos nas atividades muitas vezes torna-se um desafio “devido às várias limitações em que se encontram, como pela idade, pelas condições de saúde muito distintas, pelas condições de solidão e pelos modos de vida que adotaram a partir de certo momento da sua vida”.

As atividades são diversas, como trabalhos manuais, música, culinária, Boccia, exercício físico, os passeios, visitas, e missas, e ainda no verão existem as idas à praia. Contudo, como em tudo, existem idosos que querem participar e outros que não querem, preferindo estar serenos no seu lugar na sala de convívio ou então no quarto, como já foi abordado anteriormente.

Consoante o estudo realizado, existe significância no domínio físico relativamente à participação nas atividades da instituição dos inquiridos, sendo o domínio físico revelador na importância da qualidade de vida. Ou seja, uma pessoa que participa nas atividades da instituição tem uma percepção da qualidade de vida ao nível físico superior que os idosos que não participam nas atividades. As atividades da instituição contribuem para uma melhor qualidade de vida da pessoa idosa, principalmente como forma de interagir com outras pessoas.

Fernandes (2000) corrobora afirmando que para promover uma boa institucionalização é importante que o idoso participe em atividades do lar que promovam a sua atividade física e mental e reduzam o tempo parado.

As pessoas que têm uma interação permanente com outras pessoas e que fomentem essas interações terão uma qualidade de vida melhor. Os quatro domínios da qualidade de vida e a satisfação com a vida são importantes no convívio social dos indivíduos, sendo reveladores na importância da qualidade de vida. Uma pessoa que esteja sozinha e não se relaciona pode ter momentos de isolamento podendo chegar a depressão. Estas relações entre pares, dentro das instituições, acontecem com mais facilidade entre as mulheres (54.1%), sendo que os homens são mais individualistas. Tanto os homens como as mulheres que não se relacionam justificam-se, curiosamente

no motivo de que os restantes utentes “são curiosos” e desse modo “não querem passar confiança”.

Esta falta de confiança e de contacto, Guedes (2008, p. 8) consegue explicar com clareza: “(...) ao congregar-se no mesmo espaço pessoas com percursos de vida e trajetos socioculturais diferentes; distintos motivos associados ao processo de institucionalização; diferentes graus de funcionalidade e estatutos de saúde (...)”.

Fortificando este facto, as relações sociais atuam na promoção e manutenção da saúde física e mental (Marchie et al., 2010, Nogueira et al., 2009, cit. in Joia & Ruiz, 2013). Fontaine (2000, cit. in Sousa, 2013, p.12) revela que o convívio social circunscreve-se a dois elementos: a conservação das relações sociais e a prática de atividades produtivas. “Destes dois aspetos depende a qualidade de vida, o bem-estar subjetivo e a satisfação de viver.” Durkheim (1897, cit. in Sousa, 2013) no estudo que realizou sobre o suicídio verificou que o isolamento e a ausência de relações com os outros são fatores que levam a comportamentos suicidas, ou seja é predominante que as relações sociais são fundamentais para o bem-estar da pessoa, principalmente um idoso.

No que diz respeito à dependência da pessoa idosa na mobilidade, fazendo uma análise por género 62,9% das mulheres é dependente, enquanto que 69,2% dos homens é independente. Ou seja, as mulheres são mais dependentes que os homens existindo diversos motivos, sendo o mais regular o facto de viverem mais anos. No total da amostra 54% é dependente para se deslocar, sendo o principal auxílio é a bengala (17%) e de seguida com a mesma percentagem (14%) o andarilho e a cadeira de rodas. Na amostra inquirida uma pessoa não dependente garante uma melhor qualidade de vida ao nível físico e psicológico. Ou seja, o facto de uma pessoa ser autónoma em termos de mobilidade consegue mover-se com facilidade e ainda ter noção das suas escolhas.

Recorrendo à literatura, referida no capítulo 1, Borges e Moreira (2009) afirmam que o facto de uma pessoa tornar-se dependente afeta o psicológico pois compromete a sua qualidade de vida. Também a nível físico a importância é extrema porque afeta a autoestima da pessoa (Garcia et al., 2011). Contrariamente, Almeida (2008) afirma “que um indivíduo com diminuição da mobilidade pode ter reflexos na sua atividade social, que por sua vez afetar a sua satisfação para com a vida (Bowling, 1994)”. Ou seja, a mobilidade também pode ter influência nas relações sociais.

Consolidando este facto, o estudo de Pires (2014), também demonstra que a maioria da sua amostra é dependente (67,5%), sendo que uma pequena parte da sua amostra é independente.

Relativamente à idade categorizada vem mostrar que sendo uma pessoa com idade inferior ou igual a 84 anos tem uma percepção de qualidade de vida superior relativamente ao nível físico do que os idosos com mais de 84 anos. Ou seja, um idoso que seja mais novo tem maior facilidade em termos de mobilidade, não tem predominância para doenças associadas à velhice, tem mais energia, entre outros aspetos relevantes. Enquanto que uma pessoa com mais idade começa a ser detentora de doenças associadas, já não tem força para fazer algumas atividades do quotidiano, levando muitas vezes à dependência.

E ainda, os homens têm uma percepção da qualidade de vida superior relativamente ao domínio psicológico do que as mulheres. Ou seja, as mulheres estão mais predispostas para deter doenças do foro mental. De forma a corroborar este facto, Junior et al. (2008) através da literatura afirma que as mulheres são mais suscetíveis à depressão e à sarcopenia, por exemplo.

A experiência subjetiva na velhice não é muito significativa. Ou seja, o *flow* (momento de prazer) não é algo que provoque um bem-estar constante à pessoa, podendo apenas dar uma felicidade efémera. A felicidade não é constante, havendo momentos de felicidade e outros momentos menos apazíveis. O idoso poderá viver momentos felizes mas como na sua maioria não têm expectativas a longo prazo, não se motivam para tal.

No questionário de *flow* mais de metade da amostra (58%) afirma ter estado em *flow*, contra 42% que responderam negativamente. Contudo, como já foi referido antes, devido à falta de compreensão dos inquiridos e pela dificuldade de resposta depois de explicada a questão, torna-se um instrumento com limitações. Dentro dos inquiridos que prosseguiram o questionário, ou seja, que reponderam positivamente à primeira questão, a atividade que mais lhes dá prazer são os jogos (16%), seguido do item “outros (e.g. passear, conversar, cozinhar)” com 15%, estando as restantes atividades com percentagens muito similares. Relativamente à frequência com que praticam essas mesmas atividades encontra-se “acima de duas vezes por semana” (23%). Na “maioria das vezes” (26%) os idosos afirmam que quando se dedicam à atividade em causa, conseguem obter total concentração, sendo que ninguém respondeu “raramente”, ou seja, existe sempre alguma percentagem de concentração. A razão de gostarem das atividades tem a ver com o facto de serem principalmente “atividades de lazer” (26%) e relacionadas com a motivação (15%), seguindo-se do bem-estar (9%).

As atividades que os inquiridos gostam mais baseiam-se nos “jogos” e em “outros” pois através dos jogos ocupam o tempo e sentem que estão a exercitar a parte cognitiva o que é benéfico para a saúde. Relativamente ao item “outros”, engloba os passeios e as conversas, partilha de momentos das suas vidas que lhes dá bastante prazer, ou mesmo auxiliar as funcionárias das instituições fazendo as camas, pondo as mesas, limpando a loiça, tratar da capela, auxiliar na ajuda da alimentação dos mais dependentes. Estas funções podem ser banais para a população em geral, mas para estas pessoas que estão num local que não é a sua casa, é uma forma positiva de se sentirem úteis e valorizadas.

De acordo com os resultados obtidos por Rodrigues (2011), a maioria dos idosos pratica atividades de lazer.

No estudo de Rodrigues (2010), o autor afirma que alguns utentes ajudavam nas atividades da instituição auxiliando na cozinha, na limpeza e no cuidado dos outros. Sendo assim, Guedes (2008, cit. in Sousa, 2013, p. 16) “destaca a importância de implicar os idosos na gestão e planeamento das atividades e do quotidiano institucional para o desenvolvimento dos sentimentos de pertença”.

Contudo, relativamente ao estado de *flow*, não foram encontrados estudos significativos aplicados ao contexto do estudo em causa.

Como forma conclusiva deste ponto, a amostra de modo geral afirma enquadrar-se no grupo com qualidade de vida, tendo elevada importância a saúde e o meio ambiente onde estão inseridos. Todavia, a vida sexual e o sono não têm influência na qualidade de vida.

Corroborando este facto, no estudo de Almeida (2008, p. 19) com idosos institucionalizados 51,6% afirma ter qualidade de vida. Afirma ainda que o ambiente institucional deve “ser estimulante, de forma a proporcionar um conjunto de experiências que permitam à pessoa idosa manter-se ativa sob todos os pontos de vista (...), de alguma forma, retardado, tendo sempre em vista contribuir para uma melhor qualidade de vida”. No estudo de Pereira et al. (2006) o domínio físico foi o que menos contribuiu para a qualidade de vida, tal como o nosso estudo. Contudo o que mais influenciou foi o domínio físico, enquanto que no nosso estudo predominou o domínio ambiente. O autor justificou que a capacidade funcional de um indivíduo é primordial na vida da pessoa.

## Avaliação da satisfação com a vida dos idosos institucionalizados

Nesta investigação com base na Escala de Satisfação com a Vida, a média da satisfação com a vida dos idosos inquiridos é de 26.34 em 30 (D.P.=5.46), o que podemos afirmar que se torna uma amostra com um nível de satisfação com a vida acima da média, ou seja, bastante satisfeito. Também é de realçar que o valor máximo respondido maioritariamente foi o último nível, “concordo totalmente”, o que corrobora o alto nível de satisfação geral. De forma mais pormenorizada, relativamente aos níveis de satisfação a amostra inquirida está no nível “satisfeito” com a vida (37%), seguidos de dois grupos com percentagem similares, “levemente satisfeito” com 24% e “extremamente satisfeito” com 23%.

Em comparação com o estudo de Neto, Barros e Barros (1990), o valor médio da Escala de Satisfação com a vida foi de 20,9 (D.P.= 5,3). O valor médio de satisfação com a vida dos idosos inquiridos é relativamente maior ao encontrado no estudo referido, contudo não é totalmente viável esta comparação pois tratam-se de variáveis distintas.

Os níveis de satisfação propostos por Pavot e Diener (2009) são: extremamente insatisfeito, insatisfeito, levemente insatisfeito, ponto neutro de satisfação/insatisfação, levemente satisfeito, satisfeito, extremamente satisfeito. Nesta investigação 37% dos inquiridos respondeu que se sente “satisfeito”, 24% “levemente satisfeito”, 23% “extremamente satisfeito”, 4% sente-se neutro neste ponto da vida, 10% “levemente satisfeito” e por fim 2% “insatisfeito”. Como tal, é de fácil análise que a amostra inquirida está satisfeita com a vida, havendo um grupo de menor percentagem que está pouco satisfeito com a vida.

Corroborando estes resultados, no estudo de Rodrigues (2011) similar à presente investigação, a maioria dos idosos institucionalizados também afirmam estar satisfeito com a vida (54.8%). E ainda, noutro estudo de Candeias (2014) a amostra afirmava estar satisfeito com a vida.

Contrariamente, a literatura afirma que os idosos de um modo geral têm uma baixa satisfação com a vida devido a diversos fatores (Chen, 2001; Gwozdz & Sousa-Poza, 2009; Blanchflower & Oswald, 2008; Berg et al., 2009; Baird, Lucas, & Donnellan, 2010, cit. in Santos, 2016). Contudo, o mesmo autor, no seu estudo constatou que a sua amostra se encontra satisfeita com a vida.

Esta satisfação com a vida relaciona-se com o ambiente ( $p = 0.349$ ), com o domínio psicológico ( $p = 0.549$ ), com a idade ( $p = 0.217$ ) e com o convívio social ( $p = 0.301$ ). É visível que existem relações significativas entre estas quatro variáveis. O ambiente relaciona-se com o meio onde habita ou convive, pois o meio influencia o estado da pessoa em questão. O domínio psicológico advém de forma que enquanto o idoso mantém a saúde psicológica vai estar sempre com a noção do que se passa à sua volta e como costumam afirmar e passamos a citar o que nos foi muitas vezes referido: “se a cabeça estiver bem, é o que interessa”. Quanto menos idade a pessoa tiver, mais qualidade de vida vai ter pois com a idade advêm doenças, dependência, entre outras coisas menos positivas. O convívio entre pares é primordial quando relacionado com a satisfação com a vida de uma pessoa, pois afasta fatores como o isolamento e depressão, por exemplo.

“A qualidade das interações sociais está relacionada ao senso de bem-estar dos indivíduos (...), ser socialmente ativo tem uma função importante para o bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida” afirmam Matos, Branco, Carvalhosa, Silva e Carvalhosa (2005, cit. in Rodrigues, 2010, p.74). Os idosos que estão socialmente adaptados vivem mais tempo e com melhor qualidade de vida. “Os relacionamentos sociais mais próximos com amigos familiares e parceiros atenuam a solidão e proporcionam mais bem-estar subjetivo” (Souza & Hutz, 2008, cit. in Rodrigues, 2010, p.74).

A satisfação com a vida está estritamente relacionada com o envelhecimento bem-sucedido. O sujeito avalia a sua satisfação com a vida de forma geral, não é relativo a nenhum acontecimento em específico. Ou seja, faz uma avaliação da sua vida no geral, sendo dinâmica e dependente de múltiplos fatores.

### Associações entre a qualidade de vida e a satisfação com a vida

Relativamente às correlações entre os domínios da qualidade de vida e da satisfação com a vida, constatamos que nem todas as correlações têm orientação positiva. Contudo, as correlações positivas existentes levam a que o aumento de uma variável corresponde ao aumento da outra. Assim, podemos afirmar que a importância da satisfação com a vida em termos de qualidade de vida, ou o inverso, pois quanto mais elevada for a intensidade da correlação maior relevo assume esta relação.

Deste modo podemos afirmar que a variável que se correlaciona mais é o domínio psicológico, sendo um importante fator na qualidade de vida e satisfação com a vida.

Também é possível afirmar que a satisfação com a saúde é o que se relaciona menos, ou seja, se a pessoa não for saudável ou acarretar doenças incapacitantes, a pessoa encare não ter qualidade de vida e então não tem satisfação na vida. A saúde tem um valor muito significativo na vida das pessoas, sendo o ponto-chave. Contudo, quando incluída a variável da idade dentro das correlações, o valor menor alcança-a.

Segundo o estudo de Pereira, Nogueira e Silva (2015) comparando idosos mais novos e idosos mais velhos deparou-se que os idosos mais novos assumem uma perspectiva de qualidade de vida melhor.

Segundo a investigação o tempo de institucionalização em nada influencia a qualidade de vida e a satisfação da vida.

Analisando a qualidade de vida a partir dos domínios, a média dos valores apresentou o domínio ambiente (35.08) como o fator de maior influência e o meio relações sociais (11.06) de menor influência na qualidade de vida. Contrariamente ao estudo de Pereira, Nogueira e Silva (2015) que afirmam que o domínio psicológico é o fator de maior e o meio ambiente, de menor influência na qualidade de vida. Relativamente ao meio ambiente estudado nesta investigação está relacionado com o meio ambiente institucional, que os inquiridos quase nada tinham a apontar de negativo. Nas relações sociais, os valores são menores talvez porque grande parte dos inquiridos não se queira relacionar com os restantes utentes por vontade própria ou por limitações suas.

Consolidando este facto, Pereira, Nogueira e Silva (2015) no seu estudo, concluíram que o facto de a pessoa deter doenças contribui para uma maior fragilização do idoso, podendo interferir negativamente na sua qualidade de vida.

## Conclusão

O envelhecimento demográfico, fenómeno transversal a todas as sociedades da atualidade, resultado do alargamento do nível de esperança de vida, provoca inúmeros dilemas nas respostas de sobrevivência, com qualidade de vida do idoso, incrementando difíceis tomadas de decisões emergentes das condições físicas e psicológicas, no momento da sua institucionalização. Os idosos vivem cada vez mais tempo, com todas as fragilidades e limitações inerentes da idade e as famílias têm cada vez menos tempo para cuidar deles. A presente investigação incidiu sobre um grupo de idosos e quisemos perceber se a qualidade de vida, na condição de institucionalização, foi afetada ou não.

Este estudo incidiu sobre um grupo de idosos que estão institucionalizados em três fundações no concelho de Vila Nova de Famalicão. Sendo que o objetivo central foi avaliar a qualidade de vida dos idosos que se encontram institucionalizados, através das variáveis, qualidade de vida, e a satisfação com a vida, assim como outros fatores como a idade, a iniciativa da institucionalização, a rotina e participação nas atividades, podemos verificar que, o convívio social e a mobilidade são fatores promotores da qualidade de vida, percecionada pelo idoso. Ao relatarmos bons níveis de qualidade de vida e de satisfação com a vida mostraram assumir o bem-estar subjetivo, pois cada um assume um bem-estar distinto e singular. Woyciekoski, Stenert & Hutz (2012, p. 286), corroboram este resultado, “(...) ao avaliar o BES (Bem-estar Subjetivo), deve-se considerar que cada indivíduo avalia a sua própria vida e vivencia os acontecimentos aplicando conceções subjetivas (...). Essa auto-avaliação engloba pensamentos e sentimentos sobre a existência individual (...)”.

Apesar das investigações sobre o “bem-estar subjetivo”, terem aumentado significativamente, até ao momento, a literatura sugere que existem poucas investigações sobre o tema, aplicado em idosos. Sendo que diversos autores afirmam que é necessário existir mais pesquisa nesta área, bem como os seus determinantes. Ao nível científico ainda não existe clareza sobre o incentivo ao bem-estar subjetivo de cada indivíduo.

Também não existe conhecimento de estudos que tenham relacionado a qualidade de vida, a satisfação com a vida e o *flow*.

O esperado da investigação, segundo o censo comum, seria encontrar idosos que não estariam felizes na condição de institucionalizados, e que fossem pessoas, tristes e

infelizes. Opostamente, e até de uma forma surpreendente, constatamos, não serem pessoas deprimidas, sendo que no geral gostam bastante da casa que as acolhe, realçando que têm boas condições e são bem tratadas. A qualidade de vida e a satisfação com a mesma são abordadas positivamente.

Esta negatividade esperada e não encontrada baseou-se no facto de as pessoas se terem deslocado para uma nova residência, que não a sua, tendo novas rotinas e regras, e ter que conviver com pessoas que não conhecem.

O que nos chamou mais atenção na investigação, é o facto de o domínio psicológico ser o fator mais importante para a qualidade de vida e satisfação da vida. Ou seja, as pessoas podem possuir limitações físicas, mas se em termos cognitivos estiverem dentro do normal, é bastante satisfatório. No comum da amostra, referem ser o mais importante, a “cabeça estar bem”. Deste modo, adquirem uma avaliação da sua vida muito positiva. Através das correlações, análises estatísticas, também foi possível observar que o tempo que a pessoa esta institucionalizada em nada influencia.

Relativamente à institucionalização, a qualidade de vida dos utentes não é afetada, pois a amostra geral continua a fazer a sua vida com toda a normalidade. Devemos realçar que as instituições abordadas têm uma política estimulante. Visto que duas das instituições situam-se na proximidade da cidade, os idosos autónomos e capazes de se orientar e mobilizar, poderão sair sempre que tiverem vontade. Este fator torna a vida dos idosos mais desprendida, removendo ideias pré-estabelecidas, assentes no paradigma de que um lar para pessoas idosas é um asilo e ninguém pode sair.

“Os termos envelhecimento bem-sucedido, qualidade de vida, satisfação com a vida, bem-estar subjetivo, acabam por serem usados de forma indiscriminada ou como sinónimo” (Paschoal, 2006; Revicki, 2004; Neri, 1993, cit. in Lima, Silva & Galhardoni, 2008, p. 801).

Com base neste estudo, sugerem-se que sejam realizados investigações sobre a qualidade de vida e com enfoque em situações de “flow”. Apesar de que é uma variável muito difícil de trabalhar com idosos, seria interessante aprofundar a sua relação com a variável qualidade de vida.

Ponderamos algumas limitações nesta investigação, como o baixo número de participantes, muito especificamente a ausência de elementos do sexo masculino, além da amostra ser muito reduzida para respostas significativas.

Ao longo deste trabalho surgiram mais ideias e propósitos para outras investigações que possam ser realizadas com idosos institucionalizados. Sugerimos a

realização do mesmo estudo, fazendo comparação de grupos: idosos institucionalizados e idosos que residem nas suas casas, nos seus lares de toda a vida, ativa e autónoma.

Conscientes de termos investido numa causa nobre e de grande pertinência, concluímos, pois, ser a polémica da institucionalização, uma alternativa válida, uma resposta à melhoria e qualidade de vida do idoso, ao nível de cada um, e em benefício de todos.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, A. (2008). *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares. Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, Porto
- Almeida, H. (2014). A difícil relação entre o envelhecimento biológico e a doença. In Fonseca, A. (Ed), *Envelhecimento, saúde e doença – Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos (63-90)*. Lisboa: Coisas de ler
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). Procedimento: planos e amostras. In Almeida, L. & Freire, T. (Eds), *Metodologias da investigação em psicologia e educação (77-130)*. Psiquilíbrios Edições
- Amaro, M. (2013). *A Transformação da Identidade em Idosos Institucionalizados - Um Estudo de Casos Múltiplos*. Dissertação de Mestrado em Educação Social. Instituto Politécnica de Bragança - Escola Superior de Educação. Bragança
- António, S. (2013). Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento. In Carvalho, M. (Ed), *Serviço social no envelhecimento (81-103)*. Lisboa: Pactor
- Batista, W., Junior, E., Porto, F., Pereira, F., Santana, R., Gurgel, J. (2014). Influência do tempo de institucionalização no equilíbrio postural e no risco de quedas de idosos: estudo transversal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4):645-53
- Botelho, M. (2014). Envelhecimento e funcionalidade. In Fonseca, A. (Ed), *Envelhecimento, saúde e doença – Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos (31-62)*. Lisboa: Coisas de ler
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais. Introdução às técnicas utilizando o SPSS para windows (3ª Ed.)*. Oeiras: Celta
- Candeias, E. (2014). Fatores destacáveis na satisfação com a vida em idosos portugueses: (estudo de caso num centro de dia em Castelo Branco). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2):17-28
- Carrilho, M., & Patrício, L. (2010). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos (48)*, 102-145
- Carta Social. (2014). *Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2014*. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial.pdf>

- Carvalho, M. (2013). Um percurso heurístico pelo envelhecimento. In Carvalho, M. (Ed.), *Serviço Social no Envelhecimento*. (1-15). Lisboa: Pactor
- Carvalho, P. e Dias, O. (2011). *Adaptação dos Idosos Institucionalizados*. Millenium. 40: 161-184
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Gameiro, T. P., & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Bossey-Bass Publishers
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Hasper Perennial
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Almedina
- Diener, E. (1984). *Subjective well-being*. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Grifflins, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49 (1), 71-75
- Diener, E., Lucas, R., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In Snyder, C. & Lopez, S. (Eds), *Handbook of positive psychology* (187-194). Oxford: Oxford University Press.
- Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219
- Direção Geral de Saúde (DGS, s/d). Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo/conceitos.aspx>
- Direção Geral de Saúde (DGS, 2004). Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEER\\_CircularNormativaDGCG\\_ProgramanacionalSaudePessoasIdosas.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEER_CircularNormativaDGCG_ProgramanacionalSaudePessoasIdosas.pdf)
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, E. & Erikson, J. (1998). *The life cycle completed*. New York: Norton

- Fernandes, A. (2014). Saúde, doença e (r)evolução demográfica. In Fonseca, A. (Ed), *Envelhecimento, saúde e doença – Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (9-28). Lisboa: Coisas de ler
- Fernandes, L. (2014). Envelhecimento e demências. In Fonseca, A. (Ed), *Envelhecimento, saúde e doença – Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (93-121). Lisboa: Coisas de ler
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Psicologia Piramide
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes. *Electronic journal of applied psychology*, 7(1), 22-30.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de saúde pública*, 34(2):178-183
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Eds). *Envelhecer em Portugal*. (pp. 281-308). Lisboa: Climepsi
- 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
- Garcia, E., Banegas, J., Perez-Regadera, A., Cabrera, R. & Rodriguez-Artalejo, F. (2005). *Social network and health related quality of life in older adults: a population-based a study in Spain*. *Qual Life Res*, 14(2), 511-520
- Garcia, P., Dias, J., Dias, R., Santos, P., Zampa, C. (2011). A study on the relationship between muscle function, functional mobility and level of physical activity in community-dwelling elderly. *Revista Brasileira Fisioterapia*. 15(1):15-22.
- Giacomoni, C. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*, 12(1), 43-50
- Graziano, L. (2005). *A felicidade revisitada: Um estudo sobre bem-estar subjetivo na visão da psicologia positiva*. Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo, São Paulo
- Guedes, J. (2008). *Desafios identitários associados ao internamento em lar*. VI congresso português de sociologia – mundos sociais: saberes e práticas. Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa

- Guedes, J. (2014). Cuidados formais a idosos – desafios inerentes à sua prestação. In Fonseca, A. (Ed). *Envelhecimento, saúde e doença – Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 183-219). Lisboa: Coisas de Ler
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE, 2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de estudos demográficos*. Madrid
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE, 2009). *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa
- Joia, L. & Ruiz, T. (2013). Satisfação com a Vida na Percepção dos Idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(6):79-102
- Junior, A., Santos, R., Lamonato, A., Toledo, N., Coelho, F. & Gobbi, S. (2008). Estudo do nível de atividade física, independência funcional e estado cognitivo de idosos institucionalizados: análise por género. *Brazilian Journal of Biomotricity*, 2(1):39-50
- Keyes, C. (2012). Promotion and protecting positive mental health: Early and often throughout the lifespan. In Keyes, C. (Ed), *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health* (pp. 3-28). USA: Springer
- Kyff, C. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *American Psychological Science*, 4 (4), 99-104
- Kyff C. & Keyes C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being *Revisited*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4),719-727
- Lawton, M. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In Birren, J., Lubben, J., Rowe, J., Deutchman, D. (Eds), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, Academic Press.
- Lima, A., Silva, H., & Galhardoni, R. (2008). Successful aging: paths for a construct and new frontiers. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12 (27), 795-807
- Loureiro, H. (2014). “Passagem à reforma”: uma vivência a promover em cuidados de saúde primários. In Fonseca, A. (Ed), *Envelhecimento, saúde e doença - Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp.123-151). Lisboa: Coisas de Ler
- Maia, R. (2016). *Revista informativa da SCMVNF – Triénio 2014-2016*. Famalicão: Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Famalicão

- Nakamura, J. & Csikszentmihalyi, M. (2002). Flow Theory and Research. In Snyder, C. & Lopez, S. (Eds), *Handbook of positive psychology* (pp. 195-206). Oxford: Oxford University Press.
- Neri, A. (2007). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In Neri, A. (Ed.) *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 9-56). São Paulo: Papirus Editora
- Neri, A. (2013). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In Malloy-Diniz, L., Fuentes, D. & Cosenza, R. (Eds), *Neuropsicologia do desenvolvimento: uma abordagem multidimensional* (17-42). São Paulo: Artmed Editora
- Neri, A. & Yassuda, M. (2008). *Velhice bem-sucedida. Aspectos afetivos e cognitivos*. São Paulo: Papirus Editora
- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In Almeida, L., Santiago, R., Silva, P., Oliveira, L., Caetano, O., & Marques, J. (Eds), *A ação educativa: Análise psico-social* (pp. 91-100). Leiria: ESEL./APPORT
- Nunes, L., & Menezes, O. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Lisboa: Editorial Caminho
- Passareli, P & Silva, J. (2007). *Psicologia positiva e o estudo do bem-estar. Estudos de Psicologia*. 24(4):513-517
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Eds), *Envelhecer em Portugal*. Psicologia, saúde e prestação de cuidados (pp. 21- 41). Lisboa: Climepsi
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Psicologia, saúde e prestação de cuidados Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Eds), *Envelhecer em Portugal*. Psicologia, saúde e prestação de cuidados (pp. 75- 95). Lisboa: Climepsi
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction of life scale. *Psychological assessment*, 5(2), 164-172
- Pereira, D., Nogueira, J. & Silva, C. (2015). Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, 18(4):893-908
- Pereira, R., Cotta, R., Franceschini, S., Ribeiro, R., Sampaio, R., Priore, S. & Cecon, P. (2006) Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista Psiquiatria*, 28(1): 27-38

- Pires, M. (2014). *Avaliação da qualidade de vida e do grau de dependência dos idosos apoiados pelo serviço de apoio domiciliário da penha de França da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa
- PORDATA. (s/d). *Quadro-resumo: Vila Nova de Famalicão*. Acedido a 20 de Junho de 2016 em [http://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Vila+Nova+de+Famalic%C3%A3o+\(Munic%C3%ADpio\)-6803](http://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Vila+Nova+de+Famalic%C3%A3o+(Munic%C3%ADpio)-6803)
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). Quinta etapa: a observação. In Quivy, R. & Campenhoudt, L. (Eds), *Manual de investigação em ciências sociais* (155-208). Lisboa: Gradiva
- Rebelo, A. (2015). *Envelhecer ativamente num lar de idosos*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Porto
- Rebelo, J., & Penalva, H. (2004). *Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade*. Paper presente at the II Congresso Português de Demografia, Instituto Politécnico de Setúbal.
- Ribeiro, E. (2008). *A perspetiva da entrevista na investigação qualitativa*. *Evidência*, 4, 129-148
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento Activo. In Ribeiro, O., & Paúl, C. (Eds), *Manual do envelhecimento activo* (pp. 1-12). Lisboa: Lidel.
- Ryff, C. (1995). *Psychological well-being in adult life*. *Current directions in psychology science*, 4(4), 99-104.
- Rodrigues, A. (2010). *Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados*. Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo, São Paulo
- Rodrigues, N. & Terra, N. (2006). *Gerontologia social para leigos*. Porto Alegre: Edipucrs
- Rodrigues, S. (2011). *A satisfação com a vida de idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Escola Superior de Altos Estudos – Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra
- Santos, E. (2016). *Efeito da atividade física na função cognitiva, depressão e satisfação com a vida: um estudo em idosos de Salvador, Bahia, Brasil*. Tese de Doutoramento em Ciências do Desporto. Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro. Vila Real

- Santos, G. & Sousa, L. (2015). Qualidade de vida em pessoas idosas no momento de internamento hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (1), 2 -11
- Silva, S. (2010). *Qualidade de vida de idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Universidade da Beira Interior. Covilhã
- Sousa, S. (2013). *Participação dos idosos nas atividades de desenvolvimento pessoal*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Porto
- Trentini, C. (2004). *Qualidade de vida em idosos*. Tese de Doutoramento em Ciências Médicas. Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre
- Vaz, F. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado: Estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade do Porto. Porto
- Weiss, S. & Silva, Camilly, (2013). *Fatores associados a avaliação da mobilidade na terceira idade*. EFDeportes.com, Revista Digital,17(177). Acedido em: 29/08/2017. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd177/avaliacao-da-mobilidade-na-terceira-idade.htm>
- Woyciekoski, C., Stenert, F., & Hutz, C. (2012). Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. *Psico*, 43 (3), 280-288

# Anexos

# Anexo I

## Autorizações da Recolha de Dados do Centro Social de Calendário

### Autorização de Recolha de Dados

Exma. Sr<sup>a</sup> Diretora  
Dr.<sup>a</sup> Catarina Pereira

Eu, Ana Filipa Marques, licenciada em Serviço Social pela Universidade Católica Portuguesa, estando a desenvolver um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada, orientada pela Professora Doutora Filomena Ermida da Ponte, venho por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup> a autorização para a recolha de dados através de quatro inquéritos aos idosos institucionalizados.

- (i) Questionário Sociodemográfico
- (ii) Escala de Satisfação com a Vida
- (iii) Whoqol-Bref (Questionário sobre a Qualidade de Vida)
- (iv) Questionário de *Flow*.

Com estes questionários pretendemos analisar a qualidade de vida dos idosos nas instituições de longa permanência. Mais informamos que a identificação dos participantes neste estudo será salvaguardada, sendo garantido o seu anonimato e confidencialidade.

Agradeço antecipadamente, a colaboração prestada.  
Apresento os melhores cumprimentos,  
Ana Filipa Marques



Autorizado  
Centro Social de Calendário

# Autorização da Recolha de Dados do Lar S. João de Deus - SCMVNF

---

## Autorização de Recolha de Dados



Exma. Sr<sup>a</sup> Diretora  
Dr.<sup>a</sup> Virgínia Barbosa

Eu, Ana Filipa Marques, licenciada em Serviço Social pela Universidade Católica Portuguesa, estando a desenvolver um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada, orientada pela Professora Doutora Filomena Ermida da Ponte, venho por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup> a autorização para a recolha de dados através de quatro inquéritos aos idosos institucionalizados.

- (i) Questionário Sociodemográfico
- (ii) Escala de Satisfação com a Vida
- (iii) Whoqol-Bref (Questionário sobre a Qualidade de Vida)
- (iv) Questionário de *Flow*.

Com estes questionários pretendemos analisar a qualidade de vida dos idosos nas instituições de longa permanência. Mais informamos que a identificação dos participantes neste estudo será salvaguardada, sendo garantido o seu anonimato e confidencialidade.

Agradeço antecipadamente, a colaboração prestada.  
Apresento os melhores cumprimentos,  
Ana Filipa Marques

# Autorização da Recolha de Dados do Lar Jorge Reis - SCMVNF

## Autorização de Recolha de Dados

Exma. Sr<sup>a</sup> Diretora  
Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Bastos

Eu, Ana Filipa Marques, licenciada em Serviço Social pela Universidade Católica Portuguesa, estando a desenvolver um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada, orientada pela Professora Doutora Filomena Ermida da Ponte, venho por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup> a autorização para a recolha de dados através de quatro inquéritos aos idosos institucionalizados.

- (i) Questionário Sociodemográfico
- (ii) Escala de Satisfação com a Vida
- (iii) Whoqol-Bref (Questionário sobre a Qualidade de Vida)
- (iv) Questionário de *Flow*.

Com estes questionários pretendemos analisar a qualidade de vida dos idosos nas instituições de longa permanência. Mais informamos que a identificação dos participantes neste estudo será salvaguardada, sendo garantido o seu anonimato e confidencialidade.

Agradeço antecipadamente, a colaboração prestada.  
Apresento os melhores cumprimentos,  
Ana Filipa Marques

P/ Licetosa,

Sigóia Jacobse

## Anexo II

### Grelha de observação das rotinas diárias dos idosos institucionalizados

Tabela 21: Identificação dos espaços de convívio

| Unidades                     | Unidades de Observação | Unidades de Registo  |
|------------------------------|------------------------|--|
| Centro Social de Calendário  | Espaços de convívio    | <ul style="list-style-type: none"><li>- Duas grandes áreas distinguidas por duas zonas diferentes: uma sala para utentes com mobilidade reduzida e uma sala de atividades.</li><li>- Pequenas áreas fechadas no decorrer dos corredores para convívio mais pequeno.</li><li>- Área exterior de pequena dimensão com bancos, e pequena horta elevada.</li></ul> |
| Lar Jorge Reis – SCMVNF      |                        | <ul style="list-style-type: none"><li>- Sala de convívio comum a todos os utentes.</li><li>- Sala de grandes dimensões de atividades de trabalhos manuais.</li><li>- Sala de menores dimensões de atividades de lazer.</li><li>- Área exterior de grande dimensão com bancos e jardim</li></ul>  |
| Lar S. João de Deus – SCMVNF |                        | <ul style="list-style-type: none"><li>- Sala de estar de pequena dimensão.</li><li>- Sala de convívio de grande dimensão para convívio comum.</li><li>- Sala de convívio de pequenas dimensões.</li><li>- Sala de atividades de grandes dimensões.</li></ul>   |

Tabela 22: Atividades desenvolvidas, grau de envolvimento e interações sociais

| Unidades                     | Unidades de Observação         | Unidades de Registo   | Grau de Envolvência nas atividades do lar  |
|------------------------------|--------------------------------|---|--|
| Centro Social de Calendário  | Diversidade de Atividades      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Passeios</li> <li>- Visitas</li> <li>- Festas populares</li> <li>- Praia</li> <li>- Exercício Físico</li> <li>- Boccia</li> <li>- Trabalhos manuais</li> <li>- Trabalhos cognitivos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maioria dos utentes aceita e envolvem-se nas atividades.</li> <li>- Em relação a preferências existem diversas, não há uma atividade com maior grau de preferência.</li> </ul>                              |
| Lar Jorge Reis – SCMVNF      |                                |   |  |
| Lar S. João de Deus – SCMVNF |                                |   |  |
| Centro Social de Calendário  | Interações sociais entre pares |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Homens não convivem com grande parte dos utentes pois afirmam que os restantes utentes são muito curiosos.</li> <li>- Mulheres convivem, mas também afirmam que existem muitos utentes curiosos.</li> </ul> |
| Lar Jorge Reis – SCMVNF      |                                |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos os utentes que participaram no estudo convivem entre si (poucos utentes com capacidades, logo existe mais ligação afetiva entre eles)</li> </ul>  |
| Lar S. João de Deus – SCMVNF |                                |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- É uma população muito diversificada pois são muitos utentes.</li> <li>- Existem muitos utentes que convivem com os outros utentes e existem utentes que não convivem.</li> </ul>                            |

## Anexo III

### Questionário Sociodemográfico

Agradecemos que responda, com sinceridade, ao questionário que se segue. Este questionário é confidencial e tem apenas como objetivo uma investigação sobre a qualidade de vida no idoso institucionalizado.

Identificação da Instituição: \_\_\_\_\_

Questionário Demográfico

Idade: \_\_\_\_\_

Género: Feminino \_\_\_ Masculino \_\_\_

Estado Civil: Solteiro \_\_\_ Casado \_\_\_  
Divorciado \_\_\_ Viúvo \_\_\_

Grau de Instrução: \_\_\_ Analfabeto  
\_\_\_ Sabe ler e Escrever  
\_\_\_ 4ª Classe  
\_\_\_ Ciclo Preparatório  
\_\_\_ Secundário  
\_\_\_ Ensino Superior

Último local de residência: \_\_\_\_\_

Meio onde viveu: Rural \_\_\_ Semirrural \_\_\_ Urbano \_\_\_

Última profissão exercida: \_\_\_\_\_

Está institucionalizada há quanto tempo? \_\_\_\_\_

A iniciativa da institucionalização foi: Própria \_\_\_ Familiares \_\_\_ Técnicos de ação social \_\_\_

Como classifica a sua saúde? Boa \_\_\_ Razoável \_\_\_ Má \_\_\_

Na mobilidade é dependente de algum auxílio? Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Costuma participar nas atividades desenvolvidas na instituição? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Como define o seu convívio social? Sem convívio \_\_\_ Pouco convívio \_\_\_ Convívio moderado \_\_\_ Muito convívio \_\_\_

Obrigada!

## Anexo IV

Versão Portuguesa:  
Félix Neto, José Barros, António Barros

### Escala de Satisfação com a Vida Satisfaction With Life Scale (SWLS)

Em baixo seguem-se 5 afirmações com as quais pode concordar ou não. Usando a escala de 1 a 7, que segue cada afirmação, indique a sua concordância com cada afirmação, colocando um círculo em volta do número apropriado.

1. Em muitos campos a minha vida está próxima do meu ideal.
  1. Não concordo totalmente
  2. Não concordo
  3. Não concordo ligeiramente
  4. Neutro, não concordo nem discordo
  5. Concordo ligeiramente
  6. Concordo
  7. Concordo totalmente
  
2. As minhas condições de vida são excelentes.
  1. Não concordo totalmente
  2. Não concordo
  3. Não concordo ligeiramente
  4. Neutro, não concordo nem discordo
  5. Concordo ligeiramente
  6. Concordo
  7. Concordo totalmente
  
3. Estou satisfeito com a minha vida.
  1. Não concordo totalmente
  2. Não concordo
  3. Não concordo ligeiramente
  4. Neutro, não concordo nem discordo
  5. Concordo ligeiramente
  6. Concordo
  7. Concordo totalmente
  
4. Até ao momento tenho alcançado as coisas importantes que quero para a minha vida.
  1. Não concordo totalmente
  2. Não concordo
  3. Não concordo ligeiramente
  4. Neutro, não concordo nem discordo
  5. Concordo ligeiramente
  6. Concordo
  7. Concordo totalmente
  
5. Se pudesse viver a minha vida de novo não mudaria quase nada.
  1. Não concordo totalmente
  2. Não concordo
  3. Não concordo ligeiramente
  4. Neutro, não concordo nem discordo
  5. Concordo ligeiramente
  6. Concordo
  7. Concordo totalmente

Obrigada!

## Anexo VI

### Modelo de Questionário de *Flow*

Este questionário visa identificar o que chamamos de atividade autotélica, ou seja, um tipo de atividade que considere agradável por si mesma, independentemente do resultado que lhe possa causar. Por exemplo, uma pessoa que considere a leitura de um livro como sendo uma atividade autotélica, vê a própria leitura como sendo altamente agradável, de forma que lê por gostar da leitura em si e não porque, lendo o livro, poderá sair melhor num exame. Porém, nem todas as pessoas experimentam esse tipo de atividade, de forma que não se deve preocupar se este for o seu caso. Apenas procure lembrar-se se existe alguma atividade na sua vida que se encaixe nessa definição e responda atentamente às questões abaixo.

1. Existe algum tipo de atividade que considere recompensadora, envolvente e agradável, onde é capaz de focar a sua total atenção, a ponto de ser capaz de perder a noção do tempo?

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

**Em caso positivo, continue respondendo às questões abaixo:**

2. Qual é a atividade em causa?

---

3. Aproximadamente com que frequência costuma praticar essa atividade?

Raramente \_\_\_

Uma vez por mês \_\_\_

Duas vezes por mês \_\_\_

De uma a 2 vezes por semana \_\_\_

Acima de 2 vezes por semana \_\_\_

4. Uma vez que esteja a dedicar-se a essa atividade, com que frequência consegue obter total concentração no que está a fazer?

Raramente \_\_\_

Apenas em algumas das vezes \_\_\_

A maioria das vezes \_\_\_

Sempre \_\_\_

5. O que gostas nessa atividade?

---

---

6. Acha que essa atividade lhe exige o que tem de melhor para oferecer?

Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Não sei \_\_\_

7. Caso tenha respondido afirmativamente à questão anterior, diria que o grau dessa exigência, numa escala de 1 a 5, seria:

1            2            3            4            5

Exigência  
Muito Baixa

Exigência  
Muito Alta

Obrigada!